

CRITERIOS JURISPRUDENCIALES EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

El Contrato de Seguro

Omar Orozco Colmenares



Instituto de Altos Estudios Especializados
de Seguros y Reaseguros

Lic. Frederick Senior

VOL. 2
2024



***Crterios jurisprudenciales en la
actividad aseguradora***

El Contrato de Seguro

TOMO I

Omar Orozco Colmenares

Compilador
(Jonás E. Aponte A.)

Coordinadoras
(Marían Urbina O. y Nathalie Urbina O.)

*Criterios jurisprudenciales en la
actividad aseguradora*

El Contrato de Seguro
Vol. 2

TOMO I

Criterios jurisprudenciales en la actividad aseguradora

El contrato de seguro

Vol. 2.

Primera edición año 2024

Hecho el depósito de Ley:

Depósito legal N°: DC2024001679

ISBN: 978-980-8063-01-1

Editado por JEAA.

Portada Cristian M. Chacón K.

Copyright ® Todos los derechos reservados a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG). Salvo excepción prevista por la ley, no se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito de los titulares del copyright.

© Superintendencia de la Actividad Aseguradora

Final de la Av. Venezuela, Torre del Desarrollo, El Rosal, Municipio Chacao, Área Metropolitana de Caracas, Venezuela, Código Postal 1060

Dedicatoria

A Frederick Ernest Senior Gilhem
por los aportes, esfuerzo y enseñanza
en la actividad aseguradora.

.

Presentación

Albert Einstein una vez dijo: “nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber”. El libro que hoy se publica forma parte de una de las principales tareas que nos impusimos desde nuestra llegada a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora: la re-profesionalización del sector. Una imposición tan moral como necesaria frente a un legado que nos mira y reclama desde ese pasado que pretendemos cambiar y del futuro que pensamos transformar. Soy de la idea que la educación es la base fundamental para el crecimiento de cualquier sociedad o grupo organizado, y más todavía en aquellos que, como ocurren en el seguro, altamente especializado, se presupone incorrectamente que todo está hecho, dicho y, por tanto, que no hay nada que aprender y mejorar.

La re-profesionalización es una palabra compuesta por un prefijo que significa reconstruir, repetir y la otra de un verbo que alude a dar carácter profesional a una actividad. Pero si aplicamos una conceptualización meramente lingüística marginaríamos lo que realmente pretendemos lograr, que es procurar un constante aprendizaje entre los diferentes actores, movidos por: i) procesos constantes de educación en forma presencial, telemática y cualquiera otra que sirva para tales fines; ii) que las personas que intervienen en el sector estén aptas para ejercer las actividades para las cuales fueron autorizadas; y iii) brindar información actualizada del sector.

Pensar que no hay nada que aprender en el seguro es una concepción que ha generado una silenciosa y peligrosa desidia en la que se valora al seguro en su dimensión netamente económica, obviando a la persona, al ser humano como el engranaje más importante de su maquinaria. Galileo Galilei señaló que “la ignorancia es la madre de la maldad y de todos los demás vicios”. Eliminar el vicio de la ignorancia enmascarado en la falta de información (fallo de mercado) en los contratos de seguros y de medicina

prepagada también forma parte de esa re-profesionalización del sector, ofreciendo seguridad y confianza a los asegurados de que las pólizas serán redactadas con la mayor información posible y para ello la educación debe ser nuestro mascarón de proa.

Hoy en día la educación en el sector seguro es fundamental, toda vez que con la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora el 29 de marzo de 2024 se les dio rango legal a una serie de productos (microseguros, seguros inclusivos y seguros masivos) que podrían ser tomados por los sectores más vulnerables de la población. Tómese en cuenta que solo el cinco por ciento (5%) de la población está asegurada, situación que se pretende revertir con estos productos, pero para ello es fundamental que sean colocados de forma masiva, sencilla pero más importante segura.

Por tal motivo, se diversificaron las formas de intermediación con la legalización de los canales alternativos; ello significa que eventualmente las personas podrán adquirir sus pólizas de seguro en establecimientos comerciales, en bancos e incluso en pequeños comercios cerca de sus residencias, más precisamente, en zonas populares en los que los seguros no llegaban con mucha frecuencia. El aprendizaje de aquellos excluidos o marginados que no habían tenido acceso al seguro servirá como un efecto multiplicador, pero solo si su experiencia ha sido favorable y es aquí donde la brújula siempre apunta a la educación.

No hay seguro sin empresas de seguros, es una expresión que suelo usar para explicitar la importancia de que todos los actores participemos mancomunadamente para propender al crecimiento del sector o, al menos, preservar su existencia; para ello es necesario generar y fortalecer la confianza en los asegurados y eso se logra con intermediarios (agentes exclusivos y corredores) bien preparados para asesorar apropiadamente a los asegurados; que estos últimos tengan la información necesaria, especialmente, en cuanto a las exclusiones, vigencia, duración, renovación, y cualquier otra capaz de afectar sus decisiones; normas claras y que se cumplan, entre otras muchas más.

La re-profesionalización, educación y culturización es clave en este proceso, porque con la masividad vendrán otros problemas, derivados de la escasa información de los mismos. Es por ello que la labor de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora es esencial para que todos los actores cumplan efectivamente su tarea. Con el Instituto de Altos Estudios Especializados en Seguros y Reaseguros Lic. Frederick Senior intentamos cumplir esa importante misión, ofreciendo cursos, diplomandos y haciendo obras como la que hoy se publica.

Este libro es el segundo volumen de los criterios jurisprudenciales, referido, esta vez, al contrato de seguro; se realizó una selección de sentencias y se sistematizó la información para que resulte más fácil su lectura. Es un máximario, por lo en cada sentencia seleccionada se encontrará una o varios resúmenes concentrados del dictamen de la misma. Las empresas de seguros y de medicina prepagada al momento de crear algún producto de seguro, además de toda la regulación establecida, podrán mirar lo señalado por los tribunales y de alguna manera se reducirán las disputas a casos muy puntuales. También hay que tener en cuenta cuál ha sido el criterio cuando la empresa decide unilateralmente anular una póliza, principalmente, cuando alegan la preexistencia de una enfermedad, falsa, omisión o error en la declaración. En ese sentido, pretendemos también que esta obra sirva de orientador al defensor del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado en el ejercicio de sus funciones; es claro que si éste cuenta con más información su tarea será más fructífera.

La obra contempla variados temas, desde las potestades del Estado para regular actividades de interés general, como la aseguradora; las competencias de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora; la naturaleza jurídica de las empresas de medicinas prepagadas; el sistema probatorio que gira alrededor de la actividad aseguradora y otros aspectos relativos a los seguros marítimos, de casco de vehículos y funerarios, entre otros.

En general, queremos que este libro sirva a todo aquel que escogió al seguro como profesión, como forma de vida, a los estudiantes y profesores para su desarrollo académico y a los curiosos del área, que el seguro siga difundiendo, que cada vez más personas estén aseguradas y que el contrato de seguro sea el más seguro y confiable del país.

Omar Orozco Colmenares
Superintendente de la Actividad Aseguradora

Caracas, 18 de agosto de 2024

NOTAS PRELIMINARES

Criterios Jurisprudenciales en la Actividad Aseguradora. El Contrato de Seguro, es el segundo volumen de una obra que tiene como finalidad aglutinar los principales criterios en el área. El libro recoge una selección de más de 24 años de sentencias dictadas por la Corte Primera y Segunda de lo Contencioso Administrativo, la Sala Político Administrativa, la Sala de Casación Civil y la Sala Constitucional.

El libro está organizado en orden cronológico, lo cual por sí solo no ayudaría al momento de ubicar una sentencia o tema en particular; no obstante, se crearon cuatro (4) índices que permitirán precisar aquel criterio, tema o materia que se ajusta a la búsqueda del lector. En ese sentido, se creó un índice por año, por fallo o sentencia, por tema y el más importante uno que contiene tanto el tema como sus máximas; al mismo tiempo, fue organizado con temas centrales o capitulares en los que se agrupan los subtemas de los cuales se titula cada fallo.

Entre los temas centrales están: Derecho Constitucional y la Actividad Aseguradora, Potestad de la Administración Pública en la Actividad Aseguradora, Actividad de Policía en la Actividad Aseguradora, Superintendencia de la Actividad Aseguradora, Autorización para Operar en la Actividad Aseguradora, Contrato de Seguro y de Medicina Prepagada, Interés Asegurable, Pago de la Prima, Riesgo y Siniestro, Indemnización, Exclusiones, Nota de Cobertura Provisional, Duración y Vigencia del Contrato de Seguro, Renovación del Contrato, Terminación Anticipada del Contrato de Seguro y de Medicina Prepagada, Partes en el Contrato de Seguro, Intermediarios en la Actividad Aseguradora, Deberes de Información en la Actividad Aseguradora, Ajuste de la Prima por Alta Siniestralidad, Deducible, Principio Indemnizatorio e Indexación por Retardo, Intereses de Mora, Caducidad en el Contrato de Seguro, Faltas del Tomador, Asegurado o Beneficiario, Derecho San-

cionatorio. Procedimiento Administrativo, Ilícitos de las Empresas de Seguro y de Medicina Prepagada, Causa Extraña no Imputable, Lucro Cesante, La Prueba en la Actividad Aseguradora, Subrogación de Derechos, Abandono del Bien Asegurado, Preexistencia de la Enfermedad, Enfermedades Crónicas, Contratos de Adhesión, Publicidad, Medidas Administrativas, Póliza de Casco y Seguro Terrestre, Seguros Funerarios, Seguro Marítimo, Reembolso, Poder o Mandato, Responsabilidad Social, Simulación Contractual, Prácticas Anticompetitivas en la Actividad Aseguradora, Competencia del INDEPABIS, Procesal, Responsabilidad Patrimonial del Estado, Métodos Alternativos de Resolución de Controversias, Arbitraje Comercial y Responsabilidad Penal.

Como se apreciará, la sistematización se realizó identificando el tribunal, la fecha, el número de sentencia y las partes, con una o varias máximas que concentran los puntos neurálgicos del fallo y el extracto de la decisión. Se consideró en algunos casos mantener la mayor cantidad de información posible para evitar que el lector tenga que remitirse a la decisión original a realizar la consulta.

Es imprescindible señalar que esta obra es el trabajo en conjunto de todos los trabajadores de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, a quienes, en nombre del Superintendente Omar Orozco Colmenares, les agradecemos profundamente. Sin embargo, debemos dar un merecido reconocimiento a Igor Villalón (Director de Asesoría Legal) por su apoyo incondicional en su realización, a Pablo Machado por haber cumplido la labor que se le encomendó y a los funcionarios: Orlando Toro, Yeisson Gutiérrez, Yelixza Malave, Gilberto Cáceres, Olmery Díaz, Alejandra Barozzini, María Jaspe, Joice Calzadilla, María Tapia, Ericka Rangel, Ledys Tarache, Charlotte Bello, José Armas, Glenda Veliz, Andreina Rodríguez, Joyce Perrone, Alberth Mendiola, Andrea Camarillo, Luisana Carreño, Jesús Chapellin, Elimar González, Carla Benavides y Anaís Hernández.

Esperemos que este trabajo sea de utilidad para todos los actores que intervienen en la Actividad Aseguradora: empresas de seguros, de medicina prepagada, reaseguradoras nacionales o extranjeras, sociedades cooperativas, financiadoras de primas o cuotas, auxiliares de seguro, intermediarios, auditores externos, oficiales de cumplimiento, licenciados en ciencias actuariales, los defensores del asegurado y aquellas empresas que pretendan servir como canales alternativos. Adicionalmente, quienes dan su vida a la academia les será de suma utilidad para sus investigaciones, las cuales son fundamentales para fomentar el crecimiento en el sector. En general esperamos que les sirva a todos quienes decidan consultarla.

Marian Urbina O.

Directora de Registro y Regulación

Nathalie Urbina O.

Directora de Investigación, Desarrollo y Participación Social

Caracas, 20 de agosto de 2024

2000



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01752.

FECHA: 27 de julio de 2000.

PARTES: Seguros Capitolio, C.A. contra la Superintendencia de Seguros.

•••••
**TEMA: SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA (ATRIBUCIONES)**

Máxima: corresponde a la Superintendencia de Seguros, entre otras, la inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control de la actividad aseguradora y, en especial, de las empresas de seguros y de reaseguros constituidas en el país; asimismo, tendrá facultad para investigar o inspeccionar cualesquiera hechos, actos o documentos relacionados con las empresas de seguros.

EXTRACTO:

Los apoderados de la empresa Seguros Capitolio, C.A. fundamentan el presente recurso en los siguientes argumentos:

Que en la resolución emanada de la Superintendencia de Seguros se establece la responsabilidad administrativa de Seguros Capitolio, C.A. por eludir su obligación de indemnizar a la sociedad mercantil Consorcio Lake Plaza, por el siniestro sufrido el 28 de febrero de 1995, motivo por el cual le impuso una multa por la cantidad de tres millones ochocientos mil bolívares (Bs. 3.800.000,00), con base en lo previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Que, en el escrito contentivo del recurso jerárquico incoado en sede administrativa, expusieron que el cálculo de las pérdidas sufridas fue efectuado por una empresa ajustadora de riesgos, quien advirtió sobre la pro-

cedencia del reclamo, pero que el 20 de marzo de 1995 Seguros Capitolio rechazó el siniestro pues para la fecha en que el mismo ocurrió la empresa Consorcio Lake Plaza, C.A. no se encontraba asegurada. En este sentido, explican que la póliza de la precitada compañía había vencido el 30 de diciembre de 1994 y la nota de cobertura adicional -cuya vigencia era de un mes- venció, igualmente, el día 30 de enero de 1995, sin que la empresa Consorcio Lake Plaza, C.A. manifestare su voluntad de renovar el seguro ni pagare la prima pues, por el contrario, adelantaba negociaciones con Seguros Mercantil.

Que la sanción prevista en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros presupone que la compañía de seguros eluda o retarde su obligación “sin causa justificada”, en cuyo caso se les concede un plazo de treinta días siguientes al ajuste del siniestro, a fin de que cumplan voluntariamente o expliquen las razones por las cuales rechazan dicho siniestro.

Que Seguros Capitolio, C.A. cumplió con la obligación de explicar las razones por las cuales desestimó el reclamo formulado por “la presunta asegurada”, al señalar que tanto la póliza como la nota de cobertura adicional habían vencido.

Que actualmente la empresa Consorcio Lake Plaza demanda a Seguros Capitolio por cumplimiento de contrato de seguros, por ante el Juzgado Segundo de Primera Instancia en lo Civil, Mercantil y del Tránsito de la Circunscripción Judicial del Área Metropolitana de Caracas.

Que la Superintendencia de Seguros pretendió, indebidamente, revisar la relación contractual que vinculó a Seguros Capitolio con la empresa Consorcio Lake Plaza, C.A. “...para establecer, o bien que la póliza vencida el día 30/12/94 se prorrogó hasta el día 28/2/95, o bien que la nota de cobertura provisional vigente durante el mes de enero de 1995 fue ‘formalizada’ el día 13 de noviembre de 1995 (obviando que éstas mismas compañías suscribieron posteriormente una póliza que estuvo vigente entre los días

30/5/95 al 30/5/96), o bien que éstas compañías otorgaron un contrato de seguro en fecha 13 de noviembre de 1995, pero con efectos hacia el pasado, en contradicción con el artículo 552 ordinal 4º del Código de Comercio...”.

Que la Superintendencia de Seguros incurrió en una falsa o indebida aplicación del artículo 175, antes mencionado, pues dicha norma es aplicable cuando el siniestro ha sido rechazado de manera injustificada o genérica.

Que la Superintendencia de Seguros se extralimitó en sus funciones al pretender pronunciarse sobre el presunto incumplimiento de las pólizas, siendo que es a la jurisdicción mercantil a quien corresponde dilucidar tal cuestión.

Que la resolución impugnada adolece del vicio de falso supuesto de hecho, pues Seguros Capitolio sí explicó las razones por las cuales rechazó el siniestro, y la norma en referencia exige un rechazo injustificado o genérico.

Por tales razones solicitan la declaratoria de nulidad de la Resolución N° 97-2-000-1233, dictada por la Superintendencia de Seguros el 29 de octubre de 1997, notificada el 31 de octubre del mismo año. Asimismo, y en virtud de que “...la Superintendencia de Seguros intimó a (su) representada a pagar la multa impuesta (...) bajo la amenaza expresa de revocar la licencia o autorización para funcionar como empresa aseguradora...”, demandan la devolución o reintegro de la suma pagada por dicho concepto, ajustada en su valor por efecto de la inflación, más los intereses moratorios al doce por ciento (12%) desde la fecha de la sentencia hasta su efectivo pago por la Superintendencia.

INFORMES DE LA PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA

En la oportunidad fijada para que tuviera lugar el acto de informes, la representación de la República presentó el escrito correspondiente, donde expuso:

Que la resolución emanada de la Superintendencia de Seguros, confirmada en virtud del silencio en que incurrió el jerarca, no adolece de falso supuesto, pues tiene su fundamento en el incumplimiento -por parte de la recurrente- de su obligación de cancelar el siniestro ocurrido en las oficinas del Consorcio Lake Plaza, C.A. el día 28 de febrero de 1995, el cual le era exigible en virtud de la renovación de la póliza para el período comprendido entre el 30 de diciembre de 1994 y el 30 de mayo de 1995. Por tanto, señala, la actuación de Seguros Capitolio, C.A. se encontraba subsumida en el supuesto del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Que la parte recurrente incurre en un error al denunciar el vicio de extralimitación de funciones, pues los argumentos dados por la misma se identifican más bien con la usurpación de funciones. No obstante, señala que la Superintendencia de Seguros dictó su resolución con base en el artículo 175 de la precitada Ley, el cual le confiere de manera expresa la atribución de sancionar a las empresas de seguros que incurran en los supuestos de incumplimiento que ella consagra; por tanto, concluye, la prenombrada autoridad administrativa no usurpó, en modo alguno, funciones atribuidas a los órganos de la jurisdicción mercantil.

Que el acto cuestionado no adolece de falso supuesto de hecho pues no se fundamenta en hechos que no hubieren ocurrido, ni que, acaecidos, lo fueren de manera diferente a la apreciada por la Administración; por el contrario, señala, la Superintendencia de Seguros dictó su resolución sobre la base de un hecho cierto, configurado por el incumplimiento de la empresa recurrente en el pago del siniestro ocurrido el 28 de febrero de 1995 en las oficinas del Consorcio Lake Plaza, C.A., al cual se encontraba obligada en virtud de las pólizas que emitió por el período comprendido entre el 30 de diciembre de 1994 y el 30 de mayo de 1995.

Que el monto correspondiente a las pólizas suscritas para el mencionado período fue cancelado por la empresa Consorcio Lake Plaza, C.A., por lo que la compañía aseguradora asumió todos los riesgos a los efectos de cubrir los siniestros que se presentaran con respecto a la cosa asegurada.

Por las razones expuestas, solicita la declaratoria sin lugar del recurso de nulidad incoado.

En principio la procedencia del recurso contencioso administrativo de nulidad presupone la existencia de un acto definitivo que cause estado, sin embargo, y conforme a lo dispuesto en la norma parcialmente transcrita, se ha dejado sentado que el transcurso del lapso previsto para que la Administración resuelva el recurso jerárquico, sin que se produzca pronunciamiento alguno, deviene para el interesado en la posibilidad de actuar por ante los órganos contencioso administrativos, estimándose agotada la vía administrativa, pues ha de entenderse como que el órgano decidió negativamente; sobre estas premisas se ha consagrado la figura del silencio administrativo. Se trata, evidentemente, de una ficción legal con meros efectos procesales a favor del derecho a la justicia y a la defensa del Administrado.

En el caso bajo análisis el recurso jerárquico fue interpuesto el 18 de noviembre de 1997, de modo que el día 19 del mismo mes y año comenzó a transcurrir el lapso que tenía la Administración para decidir. Ahora, a los fines de determinar el vencimiento de dicho lapso se hace menester acudir a las previsiones contenidas en los artículos 42 y 91 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, conforme a los cuales el recurso jerárquico debe ser resuelto por la autoridad competente dentro de los noventa días siguientes a su presentación, entendiéndose por éstos los días laborales de acuerdo con el calendario de la Administración Pública. Vencidos esos noventa días sin que se emitiera la decisión correspondiente (verificándose el silencio administrativo) comienza a correr el lapso de seis meses para que el interesado acuda, si lo desea, a la vía contenciosa, pudiendo optar por la espera de una decisión expresa del recurso en sede administrativa.

Ahora, interpuesto como fue el recurso jerárquico el 18 de noviembre de 1997, el plazo de noventa días para su decisión debió vencer el 13 de abril de 1998, de manera que el lapso de seis meses a que alude el artículo 134

de la Ley Orgánica de la Corte Suprema de Justicia correspondería a los días comprendidos entre el 14 de abril y el 14 de octubre de 1998 (inclusi-ve); es evidente entonces que habiendo sido incoado el presente recurso en fecha 11 de agosto de 1998, el mismo ha de tenerse como ejercido dentro del tiempo legal. Así se declara.

Resuelto lo anterior, pasa esta Sala a pronunciarse sobre el fondo del asunto debatido, en los términos que a continuación se expresan:

Alega la representación de la recurrente que la Superintendencia de Seguros incurrió en extralimitación de funciones (sic) al pretender pronunciarse sobre el presunto incumplimiento de las pólizas, siendo que es a la jurisdicción mercantil a quien corresponde dilucidar tal cuestión.

Ahora, tal como expuso la representación de la República en su escrito de informes, lo alegado por la empresa recurrente parece referirse, más que al vicio de extralimitación de atribuciones, a la usurpación de funciones, pues en definitiva lo argüido por la parte actora es que un órgano de la Administración Pública, como es la Superintendencia de Seguros, ha asumido como suyas competencias que, a su juicio, corresponden a los órganos del Poder Judicial, específicamente a la jurisdicción mercantil.

Siendo ello así, interesa destacar que de conformidad con el artículo 6 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, corresponde a la Superintendencia de Seguros, entre otras, la inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control de la actividad aseguradora y en especial de las empresas de seguros y de reaseguros constituidas en el país; asimismo, el artículo 12 ejusdem dispone que la Superintendencia de Seguros tendrá facultad para investigar o inspeccionar cualesquiera hechos, actos o documentos relacionados con las empresas de seguros. Igualmente, el artículo 175 de la precitada ley prevé la posibilidad de que el mencionado organismo sancione la elusión o retardo de las empresas de seguros, en el cumplimiento de sus obligaciones.

La Superintendencia de Seguros tiene, entonces, expresamente atribuidas funciones de control sobre las compañías de seguros, y a los fines de determinar, en el caso de autos, el incumplimiento de la empresa recurrente, específicamente en su obligación de indemnizar el siniestro sufrido por la sociedad mercantil Consorcio Lake Plaza, debía, necesariamente, analizar el cumplimiento o no de la póliza emitida por la empresa de seguros a esta última. Por tanto, la denuncia en referencia resulta improcedente, y así se declara.

.....
**TEMA: NOTA DE COBERTURA PROVISIONAL Y
RENOVACIÓN (EFECTOS)**

Máxima: al emitir la empresa aseguradora una póliza para el período comprendido entre el 30 de diciembre de 1994 y 30 de mayo de 1995, asumió la obligación de indemnizar a la empresa asegurada por los daños derivados del siniestro acaecido en fecha 28 de febrero de 1995; ningún efecto distinto podría desprenderse de tal actuación, la cual, contrariamente a lo expuesto por los apoderados de la recurrente, no infringe el artículo 552, en su ordinal 4º, del Código de Comercio, pues dicha norma ha de entenderse aplicable a los casos en que se contrata por vez primera el seguro, por lo tanto, no se trata de un nuevo contrato sino de la renovación de uno ya suscrito, perfeccionada con la emisión de una nueva póliza, la cual debe entenderse vigente para la fecha del siniestro.

EXTRACTO:

Alega además la representación de la recurrente, la falsa e indebida aplicación, por la Superintendencia de Seguros, del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, pues, aduce, dicha norma es aplicable

cuando el siniestro ha sido rechazado injustificada o genéricamente. Asimismo, sostiene que la resolución impugnada adolece de falso supuesto de hecho, pues la empresa Seguros Capitolio, C.A. sí explicó las razones por las cuales rechazó el siniestro en referencia.

En reiteradas oportunidades se ha dejado sentado que el vicio de falso supuesto de hecho se verifica en el acto administrativo cuando la Administración ha fundamentado su decisión en hechos falsos, esto es, en acontecimientos o situaciones que no ocurrieron, o bien que acaecieron de manera distinta a la apreciada en su resolución; en otras palabras, se trata de un hecho positivo y concreto que ha sido establecido falsa o inexactamente a causa de un error de percepción, cuya inexistencia resulta de las actas.

En el presente caso, el hecho que a juicio de la recurrente ha sido falsamente apreciado por la Administración, es el incumplimiento, por parte de la compañía aseguradora, de indemnizar el siniestro sufrido por su asegurada, supuesto fáctico de la norma contenida en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros que acarrea la imposición de una sanción pecuniaria, en los términos allí consagrados. De modo que, no obstante la parte recurrente alega el vicio de falso supuesto de hecho para el caso en que las restantes denuncias resulten improcedentes, lo cierto es que en el caso de marras lo que interesa precisar ab initio es, justamente, la existencia o no, en el acto impugnado, del aludido vicio, esto es, si la empresa Seguros Capitolio, C.A. estaba, efectivamente, obligada a cubrir el siniestro en cuestión, pues de ello dependerá la procedencia de la denuncia relativa a la indebida aplicación de la norma que constituye la base legal del proveimiento administrativo.

Dicho esto, interesa destacar lo expresado por la parte recurrente como fundamento a las aludidas denuncias. Así, sostiene la representación de la actora:

a) Que no estaba obligada a prestar indemnización alguna a la empresa

Consortio Lake Plaza pues para la fecha del siniestro (28 de febrero de 1995) no se encontraba asegurada. Precisa en este punto aduciendo que la póliza suscrita había vencido el 30 de diciembre de 1994, y la nota de cobertura provisional emitida venció, igualmente, el 30 de enero de 1995.

b) Que el rechazo del siniestro fue debidamente justificado, por las razones precedentes.

Ahora bien, observa esta Sala que constituye un hecho no controvertido que la C.A. Seguros Capitolio emitió a favor de la empresa Consortio Lake Plaza, una póliza de incendio (Nº 9770) con un período de vigencia comprendido entre el 30 de diciembre de 1993 y el 30 de diciembre de 1994. Asimismo, cursa en el expediente (folio 329) copia de la nota de cobertura provisional a partir del 30 de diciembre de 1994, vigente, a decir de la recurrente, hasta el 30 de enero de 1995, pues al dorso de dicha nota se dejó expresado que la misma mantendría su vigencia hasta tanto aconteciera “...cualquiera de las siguientes circunstancias, la que primero ocurra: a) Al finalizar el período de UN (1) MES contado a partir del día en que comienza la presente nota (...) a las doce (12) meridiano (...)”.

No obstante, se observa (folio 350) que en fecha 13 de noviembre de 1995 Seguros Capitolio, teniendo conocimiento del siniestro, emitió un recibo con ocasión de la póliza de incendio Nº 9770, vigente desde el 30 de diciembre de 1994 (fecha en que venció la póliza anterior) al 30 de mayo de 1995, circunstancia ésta no rebatida por la recurrente quien, por el contrario, afirmó en sede administrativa (folio 335) que, efectivamente, nueve meses después del siniestro emitió un recibo por el período comprendido entre el 30 de diciembre de 1994 y el 30 de mayo de 1995, aduciendo que “la póliza es retroactiva pero en ningún caso para cubrir riesgos ya ocurridos...” pues ello quebrantaría el artículo 552, ordinal 4º, del Código de Comercio. Asimismo, se desprende de las actas y de las propias afirmaciones de la recurrente (folios 239 y 337) que la compañía aseguradora recibió por concepto de prima de la póliza antes aludida, la cantidad de dos millones treinta y tres mil cuatrocientos veintidós bolí-

vares (Bs. 2.033.422,00). Deben destacarse, además, las contradicciones en que incurre la empresa recurrente al afirmar que si bien hubo pago de prima lo fue para obtener un pago gracioso más no obligatorio del siniestro acaecido, y que dicha póliza “se retrotraía con todos sus términos y condiciones...”.

En consideración a las anteriores circunstancias, estima esta Sala que al emitir la empresa aseguradora una póliza para el período comprendido entre el 30 de diciembre de 1994 y 30 de mayo de 1995, asumió la obligación de indemnizar a la empresa asegurada por los daños derivados del siniestro acaecido en fecha 28 de febrero de 1995; ningún efecto distinto podría desprenderse de tal actuación, la cual, contrariamente a lo expuesto por los apoderados de la recurrente, no infringe el artículo 552, en su ordinal 4º, del Código de Comercio, pues dicha norma ha de entenderse aplicable a los casos en que se contrata, por vez primera, el seguro, supuesto que no se compadece con el de autos, pues no se trata de un nuevo contrato sino de la renovación de uno ya suscrito, perfeccionada con la emisión de una nueva póliza, la cual debe entenderse vigente para la fecha del siniestro.

Siendo ello así, no deben prosperar las denuncias de falso supuesto de hecho e indebida aplicación del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, formuladas por la parte actora, pues de lo expuesto se desprende que la misma sí tenía la obligación de cubrir el siniestro en referencia, y, dado su rechazo y consecuente incumplimiento, resultaba procedente la sanción impuesta por la Superintendencia de Seguros a través del acto objeto del presente recurso, el cual se declara, por dichas razones, sin lugar. Así se decide.

.....

2002



TRIBUNAL: Corte Primera de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2002-2158.

FECHA: 07 de agosto de 2002.

PARTES: Seguros Orinoco C.A. —contra- Instituto para la Defensa Educación del Consumidor y el Usuario. (INDECU).

.....

**TEMA: POTESTAD REGLAMENTARIA PARA DICTAR
NORMAS QUE REGIRÁN LOS PROCEDIMIENTOS ANTE
LA OTRORA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS**

Máxima: la potestad reglamentaria para dictar el Reglamento General no sólo está atribuida a la Administración Pública, conforme a la constitución, sino que, la propia Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros así lo indica en el artículo 13, ordinal, que al efecto dispone que el Superintendente tendrá como deber y atribución Reglamentar los mecanismos a través de los cuales los asegurados y las asociaciones que estos agrupen puedan hacer sus planteamientos ante la Superintendencia en materia de su interés, garantizándoles oportuna respuesta en todo momento.

Máxima: tanto el Reglamento General como las Normas han sido dictadas conforme al principio de legalidad (reserva legal como requisito formal) y de acuerdo con los principios que informan el derecho a la defensa y el debido proceso (requisito material).

Máxima: las Normas procedimentales están dirigidas, según se desprende de su articulado, a controlar las irregularidades que pudieran surgir con ocasión de la prestación del servicio de las empresas aseguradoras a los asegurados, contratantes o beneficiarios. Así, dicho

procedimiento, en modo alguno tiene la finalidad de sancionar a la empresa que se trate por las supuestas anomalías que pudieran estar cometiendo en la prestación el servicio que ha sido pactado con el particular, sino que, por el contrario, está encaminado a la búsqueda de una solución pacífica entre las partes que están en pugna a través de mecanismos alternativos de resolución de conflictos, como lo son, en este caso, la conciliación y el arbitraje.

EXTRACTO:

El presente recurso de nulidad se dirige contra la Resolución N° 510 dictada en fecha 07 de abril de 2000 por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS (en lo sucesivo La Superintendencia) conjuntamente con el INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y EL USUARIO (en lo sucesivo INDECU), publicada en la Gaceta Oficial N° 36.946 del 09 de mayo de 2000, y contra los dos (2) Convenios de Cooperación Interinstitucional celebrados entre dichos entes, el primero para las Pólizas de Casco de Vehículos Terrestres y el segundo para las Pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, ambos de fecha 14 de marzo de 2000.

Así, entre otras cosas, La parte recurrente ha solicitado en su escrito la desaplicación del artículo 10 del Reglamento de Seguros que sirvió de base para dictar la Resolución conjunta antes señalada, la cual contiene las “Normas que Regirán los Procedimientos ante la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario con ocasión de las denuncias de los Asegurados, Contratantes o Beneficiarios de Pólizas de Seguro, Contratantes o Beneficiarios de Pólizas de Seguros Emitidas por las Empresas de Seguros”.

Dicha desaplicación al caso concreto ha sido fundamentada por la parte recurrente afirmando, que la Superintendencia y el INDECU, pretendieron arrogarse una facultad normativa en materia de procedimientos admi-

nistrativos, con lo cual se viola la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos. En concreto lesiona los artículos 1° y 47 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, contraría el principio de legalidad y de la reserva legal, infringiendo así los artículos 117, 119, 177, 139 y 190, numeral 10 de la Constitución de 1961 y actualmente los artículos 25, 137, 138, 141, 187 numeral 1, 218 y 236 numeral 10 de la Constitución de 1999.

Ahora bien, para resolver el punto aquí debatido se hace indispensable partir del análisis de la Potestad Reglamentaria, entendida ésta como la facultad del Ejecutivo de dictar Reglamentos. Así, la doctrina mayoritaria ha afirmado que la referida potestad es una atribución otorgada por el propio ordenamiento jurídico, contrario a lo que algunos sostienen que la misma es una expresión única y exclusiva del poder discrecional de la Administración (posición ésta defendida, entre otros, por Sayagues Laso al señalar que la potestad reglamentaria es inherente a la Administración Pública, a los fines de cumplir con las obligaciones encomendadas).

En tal sentido, se debe afirmar que la potestad reglamentaria sólo podrá detentarla la Administración cuando la misma aparezca consagrada en una norma de rango constitucional o legal, pues de lo contrario no podrá ser ejercida. Es decir, que se fundamenta en el ordenamiento jurídico positivo, como precisamente es el caso de Venezuela.

En nuestro ordenamiento jurídico, la propia Constitución faculta al Ejecutivo a ejercer tal potestad. Así, el Constituyente venezolano estableció en el artículo 190, numeral 10 de la Carta Magna de 1961 que “son atribuciones y deberes del Presidente de la República (...) 10. Reglamentar total o parcialmente las leyes, sin alterar su espíritu, propósito y razón”. Por su parte, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 236, numeral 10 consagra en los mismos términos la disposición antes transcrita.

Es así, que con fundamento en una norma de rango constitucional, el Ejecutivo pone en marcha dicha potestad. Pero debe advertirse que la misma

sólo puede ser ejercida en nuestro caso, respecto de los Reglamentos en ejecución de las leyes, pues nada se dice de los llamados Reglamentos Autónomos o Independientes (conocidos comúnmente como aquellos dictados por la Administración o el Ejecutivo sin que estén ligados por alguna ley preexistente).

En efecto, tal y como está redactada la disposición constitucional (“Reglamentar total o parcialmente las leyes, sin alterar su espíritu, propósito y razón”) debe colegirse, necesariamente, que la potestad reglamentaria puede ser ejercida respecto de una Ley, por lo que, entonces, esos Reglamentos están dirigidos a desarrollar preceptos de una Ley, esto es, los denominados Reglamentos Ejecutivos. Así, por ejemplo, el autor español FERNANDO GARRIDO FALLA en su obra titulada *Tratado de Derecho Administrativo*, Tomo I. Editorial Tecnos, Madrid 1994, pág. 243, afirma respecto a ello, lo siguiente:

“Son Reglamentos Ejecutivos los que se dictan para desarrollar una Ley anterior. Tal desarrollo puede ser parcial –de determinados preceptos legales- o total, apareciendo entonces como Reglamentos general para la ejecución de la Ley. (...). En los Reglamentos de ejecución, la ley previa tiene carácter de condición habilitante de los mismos; no obstante, ello no empece a que la Administración ejerza, además, con tal motivo los poderes reglamentarios que de suyo puedan corresponderle”.

Por su parte, la mayor parte de la doctrina patria ha expresado en torno a la potestad reglamentaria ejecutiva que la misma “no se reduce únicamente al establecimiento de normas que posibiliten la ejecución propiamente de la Ley, por ejemplo, la creación de un órgano de inspección, o de control que resulta necesario para el funcionamiento del servicio reglado en la Ley, sino que esas normas pueden detallar, explicar, desarrollar, complementar e interpretar la Ley reglamentada, lógicamente siempre que no contrasten ni innoven en relación a lo establecido en el texto legislativo, o dichos en términos del Derecho Venezolano, que no alteren el espíritu,

propósito y razón de la Ley. Así por ejemplo, una Ley puede atribuir derechos o facultades a los ciudadanos, y el reglamento complementarla estableciendo las modalidades de su ejercicio; igualmente una Ley puede contener la disciplina básica sobre la creación de un ente u órgano complejo y dejar al reglamento el establecimiento de la estructura organizativa. Así mismo el reglamento a los fines de detallar la Ley, puede especificarla mediante la interpretación de algunos de los términos utilizados en ella” (al efecto, véase: JOSÉ PEÑA SOLÍS: Manual de Derecho Administrativo. Volumen 1. Colección de Estudios Jurídicos Tribunal Supremo de Justicia. Caracas, 2000, pág. 527).



Ello así, se observa que el artículo 10 del citado Reglamento (cuya desaplicación se ha solicitado) preceptúa lo siguiente:

“El Superintendente de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario, establecerán las normas y procedimientos a través de los cuales deberán tramitarse y sustanciarse las averiguaciones administrativas con ocasión de las denuncias interpuestas por los asegurados, contratantes o beneficiarios de las empresas de seguros”.

Dicho articulado sirvió a su vez de fundamento, para que la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS conjuntamente con el INDECU dictaran las “Normas que Regirán los Procedimientos ante la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario con ocasión de las denuncias de los Asegurados, Contratantes o Beneficiarios de Pólizas de Seguro, Contratantes o Beneficiarios de Pólizas de Seguros Emitidas por las Empresas de Seguros”.

Ahora bien, debe advertirse que tal potestad reglamentaria para dictar dicho Reglamento General no sólo está atribuida a la Administración Pública conforme al citado artículo constitucional, sino que, la propia Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros así lo indica. En efecto, según se

constata del artículo 13, ordinal 6° eiusdem, el Superintendente tendrá como deber y atribución “6° Reglamentar los mecanismos a través de los cuales los asegurados y las asociaciones que estos agrupen puedan hacer sus planteamientos ante la Superintendencia en materia de su interés, garantizándoles oportuna respuesta en todo momento.

El Superintendente podrá invitar, cuando lo estime conveniente, a representantes de dichas asociaciones a las sesiones del Consejo Nacional de Seguros. De allí, que el Ejecutivo Nacional dispusiera, amén de la norma constitucional indicada, acerca del establecimiento para dictar normas y procedimientos, a los fines tramitar y sustanciar averiguaciones administrativas que se abran con ocasión de denuncias interpuestas por los asegurados, contratante o beneficiarios de las empresas de seguros, procedimiento administrativo éste que, por demás, en modo alguno restringe derechos o garantías constitucionales, sino que, por el contrario, ha sido dictado en favor del administrado (con lo cual no podría calificarse como un procedimiento ablatorio).

De lo expuesto debe concluirse entonces que: i) el Reglamento General de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros ha sido dictado conforme a la potestad reglamentaria conferida a través del artículo 190, numeral 10 de la Constitución de 1961 (actual artículo 236, numeral 10 de la Carta Magna) y el artículo 13, ordinal 6° de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros; ii) el citado Reglamento cuyo artículo ha sido objetado, se corresponde a un Reglamento Ejecutivo; iii) dicho Reglamento a su vez ordena el establecimiento de Normas procedimentales para tramitar las averiguaciones administrativas que se susciten con ocasión de denuncias formuladas por los particulares; iv) el procedimiento contenido en las indicadas normas no tiene carácter ablatorio y, por tanto no restringe derechos ni garantías constitucionales; v) tanto el Reglamento General como las Normas en cuestión han sido dictados conforme al principio de legalidad (reserva legal como requisito formal) y, acorde con los principios que informan el derecho a la defensa y el debido proceso (requisito material) según se desprende del contexto de las indicadas normas (las cuales cursan al expediente administrativo).

De tales premisas esta Corte estima entonces, que el citado artículo 10 del tantas veces mencionado Reglamento General, en modo alguno es contrario a las disposiciones indicadas como violadas por la parte recurrente, en concreto los artículos 1º y 47 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, los artículos 117, 119, 177, 139 y 190 numeral 10 de la Constitución de 1961 y actualmente los artículos 25, 137, 138, 141, 187 numeral 1, 218 y 236 numeral 10 de la Constitución de 1999. Así se decide.

Como consecuencia de lo anterior, esta Corte estima que dicho artículo no debe ser desaplicado al caso concreto por no resultar el mismo inconstitucional o ilegal, y, por ende no puede decretarse la nulidad de la Resolución conjunta que fue dictada con fundamento en la disposición in comento. Así se decide.

Al respecto, esta Corte debe partir indicando que las referidas Normas procedimentales están dirigidas, según se desprende de su articulado, a controlar las irregularidades que pudieran surgir con ocasión en la prestación del servicio de las empresas aseguradoras a los asegurados, contratantes o beneficiarios. Así, dicho procedimiento, en modo alguno tiene la finalidad de sancionar a la empresa que se trate por la supuestas anomalías que pudieran estar cometiendo en la prestación el servicio que ha sido pactado con el particular, sino que, por el contrario, está encaminado a la búsqueda de una solución pacífica entre las partes que están en pugna a través de mecanismos alternativos de resolución de conflictos, como lo son, en este caso, la conciliación y el arbitraje.

.....
**TEMA: MÉTODOS ALTERNATIVOS DE RESOLUCIÓN DE
CONTROVERSIAS (LEY APLICABLE)**

**Máxima: las leyes deberán promover la utilización de
mecanismos para la solución pacífica de conflictos, ello
con la finalidad de hacer justicia de una manera más**

rápida y transparente, sin la necesidad de poner en marcha todo un procedimiento riguroso.

Máxima: mal podría afirmarse que la Administración está creando una situación en la cual se genera un retraso innecesario, al obligar a los Asegurados y Aseguradoras a esperar por una gestión ante el INDECU, relativa a la conciliación y promoción de mecanismos arbitrales, antes de que la Superintendencia comience a estudiar los asuntos sometidos desde un principio a su consideración por los Asegurados.

Máxima: el procedimiento conciliatorio es producto de un mandamiento constitucional que debe ser acatado y que, además, ha sido plasmado a favor de los justiciables.

EXTRACTO:

De manera que, con fundamento en lo expuesto esta Corte debe imperiosamente concluir que el artículo 2° de las mencionadas Normas procedimentales dictadas de manera conjunta por la referida Superintendencia y el INDECU, en modo alguno es violatorio de las disposiciones legales alegadas por la parte recurrente y, menos aún del derecho a la defensa y al debido proceso consagrado en el artículo 49 de la Constitución; denuncia ésta última que surgiera como consecuencia de la errónea apreciación que hiciera la parte recurrente respecto de la conculcación a las normas legales señaladas. Así se decide.

Alega la parte recurrente que el artículo 6° de las aludidas Normas “establece un plazo de ‘quince (15) días’ para que las Aseguradoras ‘aleguen sus pruebas y razones’ (sic), mientras que el artículo 48 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos establece un plazo de ‘diez (10) días’ para que las Aseguradoras ‘expongan sus pruebas y aleguen sus razones’.

No es lo mismo quince (15) días que diez (10) días, y tampoco es lo mismo alegar las pruebas (sic) que exponer las pruebas (por no hablar de lo absurdo de la afirmación según la cual las pruebas se alegan). La Superintendencia y el Indecu no podían, en la Resolución, establecer plazos y actuaciones diferentes de las establecidas por el legislador en la Ley Orgánica de Procedimiento Administrativos”. A ello agregó que el referido artículo “establece un plazo de ‘tres (3) meses’, dentro de los cuales ‘Este procedimiento deberá ser resuelto’; mientras que el artículo 60 de la LOPA establece un plazo de ‘cuatro (4) meses’, prorrogables por ‘dos (2) meses’ adicionales, para ‘La tramitación y resolución de los expedientes’ (...).”.

Al respecto, esta Corte debe aludir nuevamente –tal y como quedó sentado en las anteriores consideraciones- a que el procedimiento especial aplicable en el caso de autos es el consagrado en la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario y no el previsto en la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos. Claro está, que con ello no se pretende dejar de lado los parámetros procedimentales establecidos en ésta última Ley, sin embargo, lo esencial es que en dicho procedimiento especial respete los derechos y garantías previstos constitucionalmente.

En ese orden de ideas, se tiene entonces que al ser la primera de las Leyes nombradas la aplicable al presente caso, entonces, la Administración deberá obligatoriamente regirse por los parámetros establecidos en ella, salvo que ésta dejare de regular algunas fases del procedimiento y llenar tales vacíos mediante la aplicación analógica de otros instrumentos jurídico, sin embargo, se insiste, que éste tampoco es el caso de autos.

En todo caso, vale acotar que si bien el artículo 6º de las Normas en cuestión establece un lapso probatorio de quince (15) días hábiles en contraposición de lo establecido en el artículo 48 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos cual es de diez (10) días hábiles, ello no quiere decir que sea violatorio de alguna disposición legal o constitucional, sino que, por el contrario, se ha aumentado dicho lapso probatorio a favor de las partes para que éstas “aleguen sus pruebas y razones”, con lo cual se garantiza, aún más, el derecho a la defensa de los sujetos de la relación.

Por otra parte, se observa que, ciertamente, el referido artículo 6° *eiusdem* establece que el procedimiento deberá ser resuelto en un plazo de tres (03) meses, mientras que la Ley Adjetiva consagra en su artículo 60 que la tramitación del procedimiento en cuestión no podrá exceder de cuatro (4) meses prorrogables hasta por dos (2) meses. Sin embargo, ello en modo alguno resulta contrario al ordenamiento jurídico, pues si bien se “acortó” el lapso en cuestión, lo cierto es que la naturaleza del procedimiento no requiere una tramitación excesiva, pues lo que se busca es que la partes lleguen a un acuerdo amistoso y, que de no ser así, comenzará a tramitarse el procedimiento administrativo sancionatorio conforme lo prevé las leyes que rigen a cada Organismo.

De manera que, siendo que tal articulado no resulta atentatorio de algún derecho a garantía constitucional y, visto que tampoco es contrario al resto del ordenamiento jurídico, esta Corte concluye en la improcedencia del alegato formulado por la parte recurrente. Así se decide.

Aduce la parte recurrente que la Resolución conjunta prevé que sólo después de transcurridos los pasos procedimentales previstos en la misma es que el INDECU puede devolver el expediente a la Superintendencia para su tramitación, y ello sólo en el caso de que los asegurados y las aseguradoras no hayan convenido someterse a arbitraje ante el INDECU o la Superintendencia, de modo que, “se está creando una situación en la cual se genera un retraso innecesario, al obligar a los Asegurados y Aseguradoras a esperar por una gestión ante el INDECU, relativa a la conciliación y promoción de mecanismos arbitrales, antes de que la Superintendencia comience a estudiar los asuntos sometidos desde un principio a su consideración por los Asegurados”, que ello constituye una infracción de los artículos 25 y 26 de la mencionada Ley, en concordancia con los citados artículos 1°, 3, 48 y siguientes de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos y 175 y 178 de la Ley de Seguros, Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Al respecto, esta Corte considera prudente traer a colación el artículo 258 de la Carta Magna, el cual establece que:

“La ley organizará la justicia de paz en las comunidades (...). La ley promoverá el arbitraje, la conciliación, la mediación y cualesquiera otros medios alternativos para la solución de conflictos”.

La anterior disposición es clara al establecer que las leyes deberán promover la utilización de mecanismos para la solución pacífica de conflictos, ello con la finalidad de hacer justicia de una manera más rápida y transparente, sin la necesidad de poner en marcha todo un procedimiento riguroso. Tan ello es así, que la propia Carta Magna en su artículo 258 ha elevado a ese rango, los medios alternativos de justicia como parte integrante del sistema de justicia en Venezuela.

Es decir, que el propio Constituyente ha querido que tales medios sean utilizados por los administradores de justicia, con lo cual mal podría dejarse a un lado la aplicabilidad de tales procedimientos cuando las propias leyes establecen el trámite de algunos de estos mecanismos, tal y como es el caso de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario (que si bien esta Ley es anterior a la promulgación de la Carta Magna, lo cierto es que, en este sentido, se ajusta a los preceptos constitucionales) y en consecuencia, las Normas dictadas de manera conjunta a que ya se han hecho referencia.

Por tanto y como consecuencia del anterior mandamiento de rango constitucional, mal podría entonces afirmarse que la Administración ““está creando una situación en la cual se genera un retraso innecesario, al obligar a los Asegurados y Aseguradoras a esperar por una gestión ante el INDECU, relativa a la conciliación y promoción de mecanismos arbitrales, antes de que la Superintendencia comience a estudiar los asuntos sometidos desde un principio a su consideración por los Asegurados”. Así se declara.

Por otra parte, esta Corte observa que el procedimiento conciliatorio establecido por la Administración en modo alguno lesiona los artículos 25 y 26 de la Ley sobre Simplificación de Trámites Administrativos los cuales establecen lo siguiente:

“Artículo 25: Mediante el establecimiento de reglas claras y sencillas de fácil cumplimiento para el ciudadano, que permitan la corresponsabilidad en el gasto público y eliminen la excesiva documentación, los órganos y entes sujetos a la aplicación de este Decreto Ley, eliminarán las autorizaciones innecesarias, solicitudes excesivas de información de detalle y, en general, la exigencia de trámites que entorpecen la actividad administrativa, salvo los casos expresamente establecidos en la Ley.

Artículo 26: Los órganos y entes de la Administración Pública deberán identificar y disponer la supresión de los requisitos y permisos no previstos en la Ley, que limiten o entorpecen el libre ejercicio de la actividad económica o la iniciativa privada”.

En tal sentido, debe señalarse que estas normas legales y, en general, todo el articulado de la citada Ley está dirigido exclusivamente a racionalizar las tramitaciones que realizan los particulares ante la Administración Pública, es decir, a las diligencias, formalidades o requisitos que se requieran para el curso de un procedimiento. En otras palabras, lo que el legislador ha querido con ello es la reducción de trámites innecesarios que, en cierta manera, hacen que el procedimiento en cuestión se torne excesivo sin razones justificadas.

Sobre la base de ello, no podría afirmarse entonces, que el procedimiento conciliatorio contenido en la Resolución conjunta infrinja la indicada ley, pues ésta se refiere únicamente a la simplificación de trámites y no a la reducción de lapsos del procedimiento o éste como tal. En efecto, para que existiera, si fuera el caso, la infracción a esta normativa debe entonces indicarse cuál es el trámite del procedimiento que resulta contrario y, por tanto, lesivo, lo cual no ocurre en el caso de autos.

Por ello, esta Corte considera que no se está creando una situación que genera retraso, pues como ya quedó expuesto, tal procedimiento conciliatorio es producto de un mandamiento constitucional que debe ser acatado y, que además ha sido plasmado a favor de los justiciables. Aunado a que, dicho procedimiento en modo alguno establece -según se aprecia de su contenido- trámites que resulten contrarios a la ley in comento, es decir, que resulten extensos y retarden el curso del procedimiento. De allí que esta Corte deseche el alegato esgrimido por la parte recurrente. Así se decide.

.....

TEMA: COMPETENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y EL INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y EL USUARIO PARA DICTAR CONVENIOS DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Máxima: los Convenios suscritos entre la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario lo que persiguen es la creación de mecanismos más expeditos para defender los derechos e intereses de los consumidores y usuarios en materia de seguros y el establecimiento de criterios comunes para que los dos (2) organismos actúen en la materia dentro de las competencias propias que les son asignadas por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.

Máxima: la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario tienen como objetivo principal el: i) impulsar acuerdos operativos, ii) promover el establecimiento de condiciones y iii) la supervisión de los acuerdos operativos. Por supuesto, que estas funciones serán ejercidas de

manera conjunta pues precisamente ese es el objetivo de suscribir acuerdos o convenios interinstitucionales: cooperación entre los Órganos de la Administración.

Máxima: la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario cooperarán de manera conjunta para mejorar los mecanismos de protección de los derechos e intereses de los consumidores y usuarios en sus relaciones con las empresas aseguradoras y las empresas prestadoras de servicios afiliadas.

EXTRACTO:

La parte recurrente en su escrito ha denunciado igualmente que ni la Superintendencia ni el INDECU tienen facultad para dictar los Convenios sobre Vehículos y HCM. En tal sentido, afirma que se infringe el orden legal y constitucional, en razón de que el INDECU asumió una facultad normativa que no le corresponde, violando directamente los artículos 1°, 2°, 80 y 86 de la Ley del Consumidor, e indirectamente los artículos 25, 137, 138, 141, 156 numeral 32, 187 numeral 1, 218 y 236 numeral 10 de la Constitución.

Tampoco la Superintendencia de Seguros está autorizada para emitir normas que cubran materias distintas de las reglas no procedimentales y, es el caso que cuando la Superintendencia emitió con el INDECU los Convenios impugnados formuló normas sustantivas o de fondo, violando así los artículos 13 de la Ley de Seguros Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y 10 de su Reglamento.

Al respecto, esta Corte observa que la SUPERINTENDENCIA conjuntamente con el INDECU dictaron los siguientes Convenios:

- Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y

el Usuario (INDECU) para las Pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad.

- Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario (INDECU) para las Pólizas de Casco de Vehículos Terrestre.

Así, se observa de cada uno de esos Convenios que ambos Organismos lo que persiguen es la creación de mecanismos más expeditos para defender los derechos e intereses de los consumidores y usuarios en materia de seguros y el establecimiento de criterios comunes para que los dos (2) organismos actúen en la materia dentro de las competencias propias que les son asignadas por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.

Tales normas están dirigidas, en principio, a impulsar la suscripción de acuerdos operativos con las empresas de seguros y centros de asistencia médica para la mejor atención de los consumidores y usuarios (artículo 3 de los Convenios).

Asimismo, de los artículos 4 y 5 de ambos Convenios (los cuales contienen redacción idéntica) prevén lo siguiente:

“Artículo 4: Los acuerdos operativos que impulsarán el INDECU y la Superintendencia de Seguros en relación con las empresas aseguradoras y centros de asistencia médica promoverán el establecimiento de condiciones mínimas como las enumeradas en los artículos 6 y 7 del presente convenio.

Artículo 5: El INDECU y la Superintendencia de Seguros supervisarán el cumplimiento de los acuerdos operativos e información a los usuarios de la suscripción o no de los mismos y de las violaciones que de ello se comentan”.

Se aprecia de las anteriores disposiciones que ambos Organismos tienen como objetivo principal el i) impulsar acuerdos operativos, ii) promover el establecimiento de condiciones y iii) la supervisión de los acuerdos operativos. Por supuesto, que estas funciones serán ejercidas de manera conjunta pues precisamente ese es el objetivo de suscribir acuerdos o convenios interinstitucionales: cooperación entre los Órganos de la Administración.

Ahora bien, queda claro que tales Convenios deberán regir sólo para las Instituciones que lo suscriben, pues en caso contrario, esto es, que sus efectos se extiendan hasta terceros, deberá ser consecuencia de algún mandato de Ley. En otras palabras, si la finalidad de dichos convenios es el establecimiento de obligaciones, deberes y condiciones a los administrados para la realización de determinada conducta, lo lógico es que ello sea producto de alguna facultad establecida por el legislador para su dictamen, ya que, en definitiva, podrían —de ser el caso— restringirse derechos y garantías a los particulares.

Así las cosas, se observa que los Convenios en referencia, en principio, establecen las fórmulas por las cuales la Superintendencia y el INDECU cooperarán de manera conjunta para “mejorar los mecanismos de protección de los derechos e intereses de los consumidores y usuarios en sus relaciones con las empresas aseguradoras y las empresas prestadoras de servicios afiliadas”.

.....
**TEMA: NULIDAD DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN
INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA SUPERINTENDENCIA
DE SEGUROS Y EL INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y
EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y EL USUARIO (INDECU)
PARA LAS PÓLIZAS DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y
MATERNIDAD Y LAS PÓLIZAS DE CASCO DE VEHÍCULOS
TERRESTRE**

Máxima: los Convenios ya no sólo pretenden ser aplicados en el ámbito “interinstitucional”, sino que, sus efectos pretenden ser aplicados a terceros: empresas aseguradoras y centros de asistencia médica o talleres mecánicos.

Máxima: la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario y la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros establecen la facultad de dichos Organismos para dictar normas de carácter sustantivo, salvo las normas y procedimientos a través de los cuales deberán tramitarse y sustanciarse las averiguaciones administrativas abiertas con ocasión de las denuncias interpuestas por los asegurados, contratantes o beneficiarios de las empresas de seguros.

Máxima: tanto el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario para las Pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, como el para las Pólizas de Casco de Vehículos Terrestre, resulten nulos por haber sido dictados por una autoridad manifiestamente incompetente, de conformidad con el artículo 19, numeral 4 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos.

EXTRACTO:

Sin embargo, se constata del resto del articulado de ambos Convenios que no se limitan a lo anteriormente expuesto, sino que, crean condiciones, normas básicas de operación e imponen obligaciones a los administrados, específicamente a las aseguradoras y a los centros de asistencias médicas. En tal sentido, los artículos 6, 7 y 8 eiusdem establecen lo siguiente:

“Artículos 6: Los acuerdos operativos que se celebren y las condiciones de pólizas que en futuro se aprueben deberán contemplar las siguientes condiciones:

- A) Se debe establecer la forma de pago a los aseguradores del monto de la cobertura y especificar de manera clara e inequívoca e indubitable todas las condiciones.
- B) La especificación en forma clara e inequívoca en las pólizas de sí se aplicará el mecanismo de pagos por reembolso, por carta aval o por clave de emergencia.
- C) En las pólizas que se ofrezca el servicio de claves de emergencia, la empresa de seguros otorgará la misma inmediatamente, dentro de las condiciones de la póliza suscrita.
- D) Se establecerá la obligación de las aseguradoras de suministrar a los asegurados, al INDECU y a la Superintendencia de Seguros, la información actualizada de los centros de salud afiliados a la compañía de seguros, así como también la obligación de garantizar la atención efectiva en dichas instituciones a los asegurados. En estos casos, cuando las empresas de seguros ofrezcan pólizas bajo la modalidad de pago directo a centros de asistencia médica, deberán incluir en las pólizas un listado de dichos centros con los que deberá haberse suscrito un compromiso en los que prevea la obligación de éstos de atender a los asegurados durante un lapso que no podrá ser menor al establecido en la póliza.
- E) La póliza deberá prever expresamente un plazo para el otorgamiento de las cartas avals.
- F) La obligación de la empresa de seguros de pagar los reembolsos dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la solicitud del mismo o a la entrega del último de los recaudos relativos al siniestro.

Artículo 7: Los acuerdos operativos establecerán claramente:

- a) Los procedimientos a través de los cuales se manejarán los mecanismos de cartas avals, claves de emergencia, etc.
- b) La forma en que se prestará la atención médica inmediata a los asegurados hasta por el monto de la cobertura contratada y de acuerdo a las condiciones del contrato en los casos de emergencia.

Artículo 8: Las aseguradoras y los centros de asistencia médica que suscriban los acuerdos operativos estarán obligados a suministrar oportunamente la información y/o documentación que les requiera el INDECU o a la Superintendencia de Seguros para decidir sobre cualquier queja o reclamo de los asegurados”.

Se colige claramente de las anteriores disposiciones que, tal y como lo alegara la parte recurrente, se han establecido una serie de condiciones y obligaciones para las aseguradoras y centros médicos que suscriban los acuerdos operativos. Es decir, que tales Convenios ya no sólo pretenden ser aplicados en el ámbito “interinstitucional”, sino que, sus efectos pretenden ser aplicados a terceros: empresas aseguradoras y centros de asistencia médica o talleres mecánicos (en el caso del Convenio de Vehículos Terrestres).

Lo anterior sólo tendría cabida si, efectivamente, ambos organismos estuvieran facultados para ello. Sin embargo, ello no ocurre, pues no se verifica a lo largo de las disposiciones contenidas en la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario y la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, la facultad de dichos Organismos para dictar normas de carácter sustantivo, salvo las normas y procedimientos a través de los cuales deberán tramitarse y sustanciarse las averiguaciones administrativas abiertas con ocasión de las denuncias interpuestas por los asegurados, contratantes o beneficiarios de las empresas de seguros (tal y como quedó sentado en las iniciales consideraciones del presente fallo).

Lo anterior es avalado, incluso, por la propia Administración pues consta a los folios 45 al 48 del expediente administrativo que mediante Oficio N°

FSS-00-2-2-01423 de fecha 21 de febrero de 2000 el Superintendente de Seguros comunica al Presidente del INDECU respecto de la facultad de dictar tales Convenios, lo siguiente:

“Sobre esta materia entiende la Superintendencia de Seguros que es necesaria la convocatoria tanto del sector asegurador como de las clínicas privadas a una reunión con el fin de aclarar varios aspectos en las relaciones de esos dos sectores que están afectando gravemente a los asegurados y que sería perfectamente factible la firma de un convenio entre la Superintendencia de Seguros y el INDECU, con declaraciones de principios como las contenidas en los artículos 1 y 3 de Proyecto remitido para estimular soluciones concretos.

Sin embargo, siendo que el sector asegurado es un extremo celoso del cumplimiento del principio de legalidad, incluir en un acuerdo como el proyecto de obligación de que los particulares (clínicas y aseguradoras) deban cumplir con condiciones, con normas básicas de operación e imponer obligaciones, tales como las contenidas en los artículos 6, 7 y 8, podría considerarse una extralimitación de atribuciones, para lo cual sería preferible, en aras de estimular a ambos mercados a suscribir un acuerdo operativo como el indicado, tener primero las reuniones que se habían proyectado con clínicas y aseguradoras, y dejar en el marco del convenio a suscribir entre los dos Organismos del Estado, solamente los acuerdos operativos y la supervisión de que los mismos se cumplan” (Resaltado de la Corte).

Lo transcrito refuerza entonces lo expuesto por este Juzgador, en el sentido de que ninguno de los Organismos que suscribieron los referidos Convenios tienen facultad para establecer esas condiciones y obligaciones en un instrumento de naturaleza interinstitucional.

Consecuencia de lo anterior, es que tanto el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario (INDECU) para las

Pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, como el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario (INDE-CU) para las Pólizas de Casco de Vehículos Terrestre, resulten nulos por haber sido dictados por una autoridad manifiestamente incompetente, de conformidad con el artículo 19, numeral 4 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos. Así se decide.

• • • • •

2003



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00219.

FECHA: 12 de febrero de 2003.

PARTES: Guy Carpenter & CO (anteriormente denominada Sedgwick Venezuela Corredores de Reaseguros C.A.), contra la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo.

.....
TEMA: RESPONSABILIDAD PENAL EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: del análisis del acto impugnado se desprende que la remisión de las actuaciones a la Fiscalía General de la República no obedece a una valoración sobre la eventual responsabilidad penal de los representantes de la empresa de seguros, como consecuencia de los hechos que dieron lugar a la sanción administrativa impuesta, ya que dicho juicio escapa al ámbito de competencias atribuidas a la Superintendencia de Seguros y, por tanto, prohíbe un prejuzgamiento en la materia.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala conocer de la apelación interpuesta por la sociedad mercantil GUY CARPENTER & CO. VENEZUELA C.A., contra la decisión dictada por la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo el 29 de marzo de 2001, a través de la cual se declaró improcedente la medida cautelar de suspensión de efectos incoada contra la Resolución N° 000059, emitida por la Superintendencia de Seguros adscrita al Ministerio de Finanzas el 4 de enero de 2001, como consecuencia de la presunta inexistencia de uno de los requisitos causales de dicha medida como lo es el *fumus bonis iuris*.

Al respecto, la norma que sirve de fundamento a la medida cautelar plan-

teada dispone lo siguiente:

“Artículo 136.- A instancia de parte, la Corte podrá suspender los efectos de un acto administrativo de efectos particulares, cuya nulidad haya sido solicitada, cuando así lo permita la Ley o la suspensión sea indispensable para evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación por la definitiva, teniendo en cuenta las circunstancias del caso. Al tomar su decisión, la Corte podrá exigir que el solicitante preste caución suficiente para garantizar las resultas del juicio.

La falta de impulso procesal adecuado, por el solicitante de la suspensión, podrá dar lugar a la revocatoria de ésta por contrario imperio”.

Del análisis de la norma transcrita se desprenden, que los requisitos de procedencia para que sea acordada la suspensión de los efectos, son en primer lugar, que se trate de un acto administrativo de efectos particulares, en segundo lugar, que así lo permita la Ley, y en tercer lugar, cuando la suspensión sea indispensable para evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación por la definitiva, teniendo en cuenta las circunstancias del caso. Asimismo, queda a potestad de la Sala, el exigir que el peticionante preste caución a los fines de garantizar las resultas del juicio.

En este orden de ideas, observa esta Sala, que si bien la norma dispuesta en el artículo 136 de la Ley Orgánica de la Corte Suprema de Justicia, otorga al juez contencioso administrativo un amplio poder de apreciación y ponderación en relación con la conveniencia de esta medida, debe también verificar los requisitos de procedencia de toda medida cautelar, esto es, no solamente, el peligro en la demora, sino también la presunción grave del derecho que se reclama. En este sentido, se pronunció esta Sala en sentencia dictada el 13 de abril de 2000, número 00917 (caso: Ramón Antonio Guillén vs. Resolución del Contralor General de la República), reiterando así el criterio mantenido en anteriores decisiones (vid. sentencias de fechas 17 de febrero de 2000, número 00161, dictada en el caso: Luis Hinestrosa Pocaterra vs. Contraloría General de la República y del 17

de diciembre de 1998 recaída en el caso: Carmen Teresa Brea Escobar vs. Resolución del Consejo de la Judicatura), en la cual se estableció:

“Así, esta especial medida del contencioso administrativo no es más que una manifestación del poder cautelar general del juez contencioso, que encuentra justificación en primer lugar, en la potestad judicial de ejecutar o hacer ejecutar lo juzgado en el caso concreto... y en segundo lugar en el deber del órgano jurisdiccional de asegurar la eficacia de esa ejecución del fallo. Es en definitiva, el reflejo de la íntima relación existente entre el derecho a la defensa y a la tutela judicial efectiva, siendo esta última, además, la garantía del derecho fundamental al acceso a la justicia y al debido proceso...

Ahora bien, como manifestación misma que es del poder cautelar general del juez contencioso, la medida de suspensión procede sólo cuando se verifiquen concurrentemente los supuestos que la justifican: i) que sea necesaria a los fines de evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación, o bien para evitar la ilusoriedad del fallo, y que ii) que resulte presumible que la pretensión procesal principal resultará favorable. En otros términos, deben comprobarse los requisitos de procedencia de toda medida cautelar...”.

Atendiendo a las consideraciones expuestas, debe analizarse en el presente caso, a los fines de determinar la procedencia o no de la medida solicitada, si concurren los referidos requisitos que pudieran justificar su otorgamiento.

En tal sentido, de las actas que componen el expediente se desprende, que no resulta un hecho controvertido la actuación de la recurrente en las gestiones relativas a la indemnización del siniestro que causó, entre otras acciones, la denuncia planteada ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros, la cual concluyera con la aplicación de la multa objeto del presente recurso de nulidad.

Asimismo, ha sido reiterado el criterio de esta Sala conforme al cual, la transgresión del derecho a la defensa, deviene de aspectos como la reso-

lución de un asunto sin el cumplimiento del procedimiento legalmente establecido, o de la imposibilidad de los particulares para participar en la formación de un acto administrativo, que pudiera lesionar su situación jurídica, lo cual no ha sido verificado, al menos en esta fase del procedimiento, toda vez que de los autos se desprende el ejercicio de los derechos adjetivos de la accionante, siendo así desvirtuada prima facie la presunta violación del derecho a la defensa y así se decide.

Con relación a la presunta lesión del derecho a la libertad, al buen nombre, al bienestar emocional, a la respetabilidad, a la tranquilidad, a la ética, a la reputación, al decoro y al honor de sus representantes, esta Sala declaró en fecha 27 de junio de 2001 (caso Lelia Adela González, sentencia Nº 1279), que la violación del derecho al honor tiene lugar si en el curso del procedimiento o bien en el acto administrativo sancionatorio, constan alusiones despectivas que de alguna manera comportaran una ofensa para la persona afectada con la actuación administrativa y que además, atentan contra su imagen y reputación a través de un contenido de naturaleza infamante.

En tal sentido, del análisis del acto impugnado se desprende, que la remisión de las actuaciones a la Fiscalía General de la República, no obedece a una valoración sobre la eventual responsabilidad penal de los representantes de la accionante como consecuencia de los hechos que dieron lugar a la sanción administrativa impuesta, ya que dicho juicio escapa al ámbito de competencias atribuidas a la Superintendencia de Seguros y por tanto, prohíbe un prejuzgamiento en la materia.

En efecto, el envío del expediente al Ministerio Público obedece al cumplimiento de una disposición legal, que establece como resultado de la referida declaratoria de responsabilidad administrativa, la apertura de un procedimiento de carácter penal, a los fines de la aplicación si fuere el caso, de la correspondiente pena privativa de libertad. De allí, que tal actuación no implique un pronunciamiento sobre la responsabilidad de los representantes de la apelante con ocasión de la comisión de un hecho punible y

por tanto, que revista per se una actuación lesiva a su honor o reputación toda vez que, carece del indefectible pronunciamiento oprobioso que caracteriza la ofensa a los derechos al buen nombre, a la respetabilidad, a la ética, a la reputación, al decoro y al honor. Así se declara.

Respecto a la invocada lesión al bienestar emocional y a la tranquilidad de los representantes de la accionante, a causa de la apertura del mencionado proceso penal, esta Sala observa, que la actuación voluntaria o no de los sujetos de derecho en los procedimientos judiciales cualquiera sea su naturaleza, implica una determinada carga emocional a la cual se encuentran sometidos los justiciables, en virtud del ius imperio del Estado y el consecuente ejercicio de la actividad jurisdiccional, que los compele a dirimir sus controversias ante los correspondientes órganos del Poder Público, conforme a los procedimientos establecidos en la leyes.

De allí, que la simple apertura de un procedimiento judicial no pueda ser invocada como un hecho dañoso que repercuta sobre el bienestar emocional y la tranquilidad de los sujetos que intervienen en la relación procesal, supeditando la procedencia de tal argumento a los supuestos en los cuales, el imperio de la ley se haya subvertido a tal punto, que vulnere los derechos adjetivos de los sujetos del proceso violentando el principio de igualdad ante la ley, lo cual, estatuye el invocado argumento como un efecto derivado de la lesión de los derechos esgrimidos en juicio. Por tanto, el sólo inicio del procedimiento penal no constituye un motivo suficiente para violentar el principio de conservación de la resolución impugnada ya que dicha circunstancia, no representa una modificación ilegítima del estatus legal de los representantes de la actora y así se decide. Respecto al eventual daño, que se le podría causar a los representantes de la recurrente como consecuencia de la aplicación de una sanción privativa de libertad, a causa de la apertura del referido procedimiento penal esta Sala observa lo siguiente:

Tal como se señaló supra, la remisión del expediente al Ministerio Público y la eventual aplicación de una pena privativa de la libertad a los represen-

tantes de la actora, constituye un supuesto hipotético que depende de los resultados del correspondiente procedimiento penal, cuyos supuestos de culpabilidad difieren dada su naturaleza jurídica, de las consideraciones que llevaron a la Administración a sancionar a la recurrente.

De tal modo, que los eventuales efectos dañosos que pudieran derivarse de la posible declaratoria de responsabilidad penal, que en todo caso deberían considerarse legítimos ya que se dan por efecto de la culpabilidad en la comisión de un hecho punible, no son imputables a la sanción administrativa impuesta sino al seguimiento de un procedimiento de carácter penal.

En consecuencia, el alcance que sobre la materia penal tuvo la sanción administrativa impuesta, se limitó a la remisión del expediente al Ministerio Público, que consecuentemente con los criterios esgrimidos, no constituye en sí mismo un efecto pernicioso y por ende, mal puede imputársele un daño irreparable de carácter penal a la resolución impugnada y así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00552.

FECHA: 08 de abril de 2003.

PARTES: Inversiones Preámbulo 121, C.A, contra Seguros Orinoco C.A.

.....

**TEMA: CLÁUSULA COMPROMISORIA DE ARBITRAJE EN EL
CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: el arbitraje constituye una excepción a la competencia constitucional que tienen los tribunales ordinarios del país de resolver por imperio de la ley, en su fase de cognición, todas las querellas que les sean sometidas a su conocimiento, en uso del derecho constitucional

de cada ciudadano a una tutela judicial efectiva de sus derechos e intereses previstos en los artículos 26 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

EXTRACTO:

Esta Sala observa, que la apoderada judicial de la demandante alegó que, por cuanto la empresa aseguradora y su mandante no lograron un acuerdo sobre el monto de la indemnización por el siniestro ocurrido a un Scanner de su propiedad, solicitó que el conflicto fuera sometido al procedimiento de arbitraje, dando cumplimiento a lo previsto en la cláusula N° 7 del Contrato de Seguro de Equipo Electrónico suscrito por las partes, recibiendo una respuesta negativa de la aseguradora.

Con ocasión a esta respuesta, la sociedad mercantil decidió demandar ante el Juzgado Distribuidor en lo Civil, Mercantil y del Tránsito del Área Metropolitana de Caracas, el cumplimiento de la cláusula compromisoria establecida en el contrato suscrito por C.A. Seguros Orinoco.

Por su lado, el a quo estimó que “(...) La voluntad de las partes, manifestada clara e inequívocamente, extingue toda posibilidad de optar por vías paralelas cuando existe un compromiso arbitral previo, como es el que se incluyó en las condiciones generales del Contrato de Seguro de equipo electrónico que corre inserto al presente expediente”, en virtud de lo cual declaró con lugar la cuestión previa relativa a la falta de jurisdicción y en consecuencia extinguido el procedimiento.

Así pues, esta Sala observa que el arbitraje constituye una excepción a la competencia constitucional que tienen los tribunales ordinarios del país de resolver por imperio de la ley, en su fase de cognición, todas las querellas que les sean sometidas a su conocimiento, en uso del derecho constitucional de cada ciudadano a una tutela judicial efectiva de sus derechos e intereses previstos en los artículos 26 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

En el caso que nos ocupa la demandante solicitó específicamente al Tribunal a quo el cumplimiento por parte de la demandada de la Cláusula Compromisoria establecida en el Contrato de Seguro de Equipo Electrónico suscrito por las partes, de conformidad con lo previsto en el artículo 609 del Código de Procedimiento Civil.

En tal sentido, cabe destacar que el mencionado artículo establece, que, de negarse una parte a cumplir el compromiso arbitral, la otra puede presentar ante el tribunal que deba conocer o esté conociendo el asunto, el instrumento en el que conste dicho compromiso, expresando las cuestiones que por su parte quiera someter al arbitramento, luego de lo cual se ordena la citación de la parte renuente para que conteste acerca del compromiso en el quinto día siguiente.

Seguidamente, puede ocurrir que el requerido: a) Acepte el compromiso, en cuyo caso debe señalar las cuestiones que desea someter a arbitramento, y al día siguiente se procederá a la elección de los árbitros; b) No asista, y en este supuesto la cláusula se tiene por válida y se procederá a la elección de los árbitros, quienes decidirán ateniéndose a las cuestiones sometidas a arbitraje por el solicitante; o c) Niegue la obligación de someter la controversia a arbitraje, hipótesis en la cual el tribunal abrirá una articulación probatoria de quince días, y decidirá dentro de los cinco días siguientes. Si fuere establecida la validez de la cláusula compromisoria, la controversia se sustanciará mediante el procedimiento de arbitraje previsto en el indicado Código.

Del análisis del expediente, advierte la Sala que se desprende de los folios 45 al 49 la respuesta negativa por parte de C.A. Seguros Orinoco a la solicitud formulada extrajudicialmente por la demandante referida al cumplimiento de la cláusula compromisoria establecida en el contrato.

Asimismo, del escrito presentado por la parte demandante (folios 1 al 8) se constata que la pretensión claramente estaba dirigida a la aplicación del

procedimiento previsto en el artículo 609 del Código de Procedimiento Civil, en virtud de la negativa de cumplimiento por parte de C.A. Seguros Orinoco de la cláusula compromisoria.

Ahora bien, no obstante la negativa expresa de la empresa aseguradora de acudir a un procedimiento de arbitraje, ésta en la oportunidad de contestar la demanda interpuesta por la sociedad mercantil Inversiones Preámbulo 121, C.A. opuso la cuestión previa referida a la falta de jurisdicción prevista en el ordinal 1° del artículo 346 del Código de Procedimiento Civil, alegando la existencia de la cláusula compromisoria establecida en el contrato, lo cual a juicio de esta Sala constituye claramente una aceptación de la obligación contraída en la mencionada cláusula, es decir, precisamente lo requerido por la parte actora en su demanda.

Señalado lo anterior, esto es, el acuerdo de las partes para someter las divergencias surgidas con ocasión del Contrato de Seguro por ellas suscrito a la decisión de un árbitro, estima esta Sala que el a quo se encontraba en la obligación de aplicar lo previsto en los artículos 609 y siguientes del Código de Procedimiento Civil, en vez de declarar con lugar la cuestión previa opuesta.

En este orden de ideas, se observa que el artículo 610 *eiusdem* establece:

“Artículo 610. Si el citado conviniere en la obligación hará constar en el acto de su comparecencia las cuestiones que por su parte quiera someter al arbitramento y se procederá al día siguiente, a la hora que señale el Tribunal, a la elección de los árbitros. (...)”.

(Negritas de la Sala).

Por las razones antes expuestas, es forzoso concluir que las controversias suscitadas respecto a la aplicación de la cláusula arbitral, podrá ser dilucidada ante la jurisdicción mercantil ordinaria. En consecuencia, debe revocarse la decisión objeto del recurso de regulación de jurisdicción dictada por el Juzgado Undécimo de Primera Instancia en lo Civil, Mercantil y del

Tránsito de la Circunscripción Judicial del Área Metropolitana de Caracas en fecha 20 de febrero de 2002, en virtud de que el Poder Judicial si tiene jurisdicción para conocer la solicitud planteada. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00745.

FECHA: 21 de mayo de 2003.

PARTES: C.N.A. de Seguros La Previsora contra el Ministro de Finanzas.

.....

TEMA: NOTA DE COBERTURA PROVISIONAL, RECIBO DE PAGO DE LA PRIMA Y EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: la nota cobertura provisional es una verdadera póliza, toda vez que con la firma del asegurador se recoge el acuerdo de las partes, en lo concerniente a los elementos del contrato de seguro y los obliga recíprocamente, no pudiendo ser de otro modo, porque si no fuese así carecería de utilidad jurídica y práctica.

Máxima: para que naciera en cabeza del asegurado la obligación de pagar, era indispensable que se le presentase el recibo respectivo, en el tiempo pactado por las partes, carga ésta que recaía en la empresa de seguros.

Máxima: al no emitir la empresa C.N.A. de Seguros La Previsora el recibo de prima antes mencionado, no era exigible a los asegurados el pago de la misma.

EXTRACTO:

El abogado Máximo Febres Siso, inscrito en el Instituto de Previsión Social del Abogado bajo el N° 33.335, actuando en nombre y representación de la sociedad mercantil C.N.A. de Seguros La Previsora, interpuso por ante esta Sala Político Administrativa en fecha 7 de abril de 2001, recurso contencioso administrativo de nulidad conjuntamente con acción de amparo constitucional contra la Resolución N° 236, de fecha 24 de septiembre de 1999 dictada por el Ministro de Finanzas, mediante la cual se decide el recurso jerárquico, ejercido contra la Providencia N° HSS-98-2-1-0001132 de fecha 12 de junio de 1998, emanada de la Superintendencia de Seguros, en la que se confirma la sanción de multa impuesta a la prenombrada empresa de seguros.

Efectuada la lectura y análisis de las actas que conforman el presente expediente, este Máximo Tribunal procede a pronunciarse en los siguientes términos:

Previamente debe señalarse que encontrándose el asunto de fondo en etapa de sentencia y no habiendo sido resuelta la solicitud de amparo constitucional de carácter cautelar interpuesta, encuentra la Sala inoficioso entrar a conocer del referido pronunciamiento previo. Así se declara.

Ahora corresponde examinar el argumento del impugnante, acerca de la existencia del vicio del falso supuesto del qué adolece el acto recurrido. A este respecto se debe significar que, a juicio de esta Sala, el vicio de falso supuesto se patentiza de dos maneras, a saber: cuando la Administración, al dictar un acto administrativo, fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el o los asuntos objeto de decisión, incurre en el vicio de falso supuesto de hecho. Luego, cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar el acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo para fundamentar dicha decisión, lo cual incide decisivamente en la esfera de los derechos subjetivos del administrado, se está en presencia de un falso supuesto de derecho.

Así se observa que en el presente caso, la empresa aseguradora formuló una nota de cobertura provisional a favor del asegurado, de manera que éste se encontrara protegido durante el trámite de emisión de la póliza respectiva, lo cual es común en el funcionamiento ordinario de la actividad aseguradora, constituyendo dicha nota de cobertura provisional una suerte de contrato previo a la producción de la póliza definitiva y en la cual se hace mención necesariamente de todos aquellos datos que conforman el contenido del contrato de seguros, y se especifican los elementos esenciales a su existencia, tales como, objeto, causa, obligaciones de las partes, entre otros.

De allí que un sector de la doctrina, reconozca que la nota provisional es una verdadera póliza, toda vez que con la firma de asegurador se recoge el acuerdo de las partes, en lo concerniente a los elementos del contrato de seguro y los obliga recíprocamente, no pudiendo ser de otro modo, porque si no fuese así carecería de utilidad jurídica y práctica.

Visto lo anterior, se debe indicar que el recurrente arguye la existencia del mencionado vicio de falso supuesto, por cuanto al decidir el recurso jerárquico, la autoridad administrativa aceptó que no existía la prueba de la emisión del recibo de la totalidad de la prima, aun cuando ello estaba exento de prueba al haber sido admitido por la parte denunciante, cuando en su oportunidad expresó que “Las pólizas y recibos anuales correspondientes fueron emitidas con fecha 14-11-96 y recibidas en C. A. PRIMA con fecha 25-11-96, Siendo (sic) que el plazo para realizar el pago de la prima sería hasta el 14-12-96”.

En este sentido, se debe señalar que a lo largo del procedimiento instruido en sede administrativa, como del presente proceso, la existencia o no de la emisión del correspondiente recibo de prima ha sido objeto de discusión, en tanto que en el mismo acto administrativo, por medio del cual la Superintendencia de Seguros impone la multa cuestionada, se expresa que del “texto de las notas de cobertura provisional emitidas por la em-

presa de seguros denunciada, se evidencia que las mismas perderían todo efecto si el asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de emisión del recibo de prima, no menor al veinte por ciento (20%) de la prima anual estimada, no procedía a su cancelación ... Al respecto este Organismo se permite observar, que si bien es cierto que en base a los términos en que fueron emitidas las notas de cobertura provisional, existía dicha obligación en cabeza del asegurado, no es menos cierto que la misma estaba subordinada a un hecho dependiente de la voluntad de la aseguradora, cual era que la compañía de seguros emitiera el recibo por un monto no menor del veinte por ciento (20%) de la prima anual estimada, cuya ocurrencia no probó durante la pendencia del procedimiento administrativo sancionador la empresa denunciada ... Al no emitir la empresa C.N.A. de Seguros La Previsora el recibo de prima antes mencionado, no era exigible a los asegurados el pago de la misma ...". Iguales consideraciones se efectuaron, en la ocasión en que la Administración decidió los recursos de reconsideración y jerárquicos interpuestos.

De manera que, más allá de lo señalado por el accionante cuando se refiere al escrito presentado en su oportunidad por el denunciante, resulta claro que siempre estuvo controvertida y en consecuencia sujeto a ser demostrada, la emisión del recibo de prima tantas veces mencionado.

Luego, bajo el contexto del asunto planteado es de importancia resaltar que en las notas de cobertura provisional de fechas 1º de noviembre de 1996 emitidas por la empresa recurrente, se estableció que la compañía otorgaba las mismas "bajo las condiciones de la póliza y de las cláusulas generales para este seguro ... omissis ... mediante el otorgamiento de esta Nota de Cobertura Provisional, correrán por su cuenta desde la fecha de comienzo indicada. La Compañía emitirá un recibo por un monto no menor del 20% de la prima anual estimada, quedando EL ASEGURADO comprometido a pagarlo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de emisión, de no producirse el pago dentro del lapso antes indicado, esta Nota de Cobertura Provisional se considerará nula ...".

Ahora bien, observa la Sala que para que naciera en cabeza del asegurado la obligación de pagar, era indispensable que se le presentase el recibo respectivo, en el tiempo pactado por las partes, carga ésta que recaía en la hoy recurrente. Además, se debe precisar que el impugnante no consignó, en sede administrativa ni en el expediente a que se contrae la presente causa, medio de prueba alguno que de manera fehaciente demuestre, que el recibo de prima tantas veces mencionado, fue emitido y presentado para su cobro a los asegurados en la oportunidad establecida para ello, por lo que el alegato de existencia de falso supuesto propuesto por el recurrente, debe ser desestimado. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01292.

FECHA: 21 de agosto de 2003.

PARTES: Rogelio Cartaya Acosta contra el Instituto Nacional de Canalizaciones.

.....

TEMA: RESPONSABILIDAD DEL ESTADO Y LA INEMBARGABILIDAD DE LOS SEGUROS DE VIDA

Máxima: a los fines de establecer la responsabilidad, vale decir, que se ha producido un daño patrimonial a un particular que no está obligado a soportar y que ese daño o lesión se verificó como consecuencia de una actuación legítima de la Administración, debe utilizarse la teoría del riesgo y el principio de igualdad ante las cargas públicas y, como consecuencia de un funcionamiento anormal de la Administración, debe establecerse si hubo una violación a las obligaciones administrativas.

Máxima: en el régimen de responsabilidad se admiten cuatro causales clásicas de exclusión de la responsabilidad como lo son: i) la falta de la víctima; ii) la fuerza mayor; iii) el caso fortuito y; iv) el hecho de un tercero.

Máxima: las normas sobre inembargabilidad son de orden público, imperativas, esto es, no pueden desconocerse por convenios entre particulares, sino que rigen independientemente de la voluntad de los mismos. Para citar un ejemplo en materia de seguros, analizando la Ley de Contrato de Seguro vemos como el legislador estableció la inembargabilidad de las pólizas de seguro de vida. Asimismo, debe resaltarse que las excepciones a esta inembargabilidad tienen que ser expresas y no se pueden aplicar por analogía.

EXTRACTO:

Comenzó el presente juicio por libelo de demanda de fecha 16 de diciembre de 1997, mediante el cual del ciudadano Rogelio Cartaya Acosta demandó al Instituto Nacional de Canalizaciones, para que conviniere o en su defecto fuese condenado por la Sala al pago de las cantidades que reclama en razón de la responsabilidad civil extracontractual que alega tiene la demandada con ocasión de haberle imposibilitado la recuperación de la motononave de su propiedad denominada El Exportador, la cual está matriculada bajo las siglas ARSH-6732, siglas YYBY-AGSI-1854, que naufragara en el aliviadero del canal exterior de navegación del Lago de Maracaibo el 31 de marzo de 1988.

Esta Sala al analizar la cuestión de fondo, la cual se circunscribe a determinar, a la luz de lo alegado y probado en autos, si la pérdida por el hundimiento de la M/N El Exportador, acaecido el 31 de marzo de 1988, en el Canal de Navegación del Lago de Maracaibo entre las Boyas B-25 y B-23 de la en la Franja Oriental del Canal, se debió o no a una falta de servicio

imputable al demandado INSTITUTO NACIONAL DE CANALIZACIONES y en consecuencia, establecer su presunta responsabilidad patrimonial en dichos hechos; observa:

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece un sistema mixto de responsabilidad patrimonial del Estado, en el cual se combinan la responsabilidad objetiva o sin falta de la Administración y la responsabilidad con falta o por funcionamiento anormal de la misma. Ello encuentra su fundamento primordialmente en el artículo 140 de nuestra Carta Magna, el cual reza:

“El Estado responderá patrimonialmente por los daños que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea imputable al funcionamiento de la Administración Pública”.

En efecto, la norma antes transcrita resulta la piedra angular de nuestro sistema de responsabilidad del Estado, estableciendo, tal como lo reitera la Exposición de Motivos de la Constitución, “bajo una perspectiva de derecho público moderna la obligación directa del Estado de responder patrimonialmente por los daños que sufran los particulares en cualquiera de sus bienes y derechos, siempre que la lesión sea imputable al funcionamiento, normal o anormal, de los servicios públicos y por cualesquiera actividades públicas, administrativas, judiciales, legislativas, ciudadanas o electorales, de los entes públicos o incluso de personas privadas en ejercicio de tales funciones”.

Hay que distinguir entonces, a los fines de establecer la responsabilidad, en primer lugar, que se ha producido un daño patrimonial a un particular que no está obligado a soportar, pero ese daño o lesión puede darse como consecuencia de una actuación legítima de la Administración (en cuyo caso deben utilizarse la teoría del riesgo y el principio de igualdad ante las cargas públicas), o como consecuencia de un funcionamiento anormal de la Administración (donde debe establecerse si hubo una violación a las obligaciones administrativas).

Así, se observa que, en el caso de autos, estamos en presencia de la última de las alternativas señaladas, en donde se alega que el daño sufrido por la demandante es el producto de una falta en el servicio a cargo de la Administración demandada, sobre lo cual resulta necesario entonces realizar algunas precisiones.

En primer lugar, rige el principio *actori incumbit probatio*, es decir, la víctima debe probar el funcionamiento anormal, además, por supuesto de probar el daño sufrido. En segundo lugar, en este régimen de responsabilidad se admiten las cuatro causales clásicas de exclusión de la responsabilidad como lo son: La falta de la víctima, la fuerza mayor, el caso fortuito y el hecho de un tercero. En tercer lugar, en estos casos cualquier daño es indemnizable, por lo tanto, no se requiere la existencia de un daño anormal o especial.

Debe determinarse entonces, en primer término la existencia de un daño, luego que ese daño se debió a una falta de servicio o funcionamiento anormal de la Administración, es decir, debe existir una relación de causalidad directa entre el daño y el incumplimiento de la obligación administrativa; pero, además, una vez probada dicha relación de causalidad, no debe observarse la existencia de algunas de las causales de exclusión de la responsabilidad, premisas éstas sobre las cuales pasa esta Sala a analizar el presente caso, y en tal sentido se observa:

En el escrito contentivo de la demanda, la actora señaló que el Instituto Nacional de Canalizaciones es el responsable de la pérdida económica sufrida por su representado y de la imposibilidad de recuperar el buque. Además, señaló que los daños sufridos devienen no sólo de la pérdida material ocasionada, sino también por la utilidad de la cual fue privado, ya que la referida motonave era su única fuente de ingresos.

Planteada así la controversia, observa la Sala que el caso de autos se encuentra circunscrito a establecer si la Administración le impidió realizar las diligencias necesarias para poner a flote el buque siniestrado.

Ahora bien, a los fines de establecer el daño sufrido por el actor, se observa que consta en autos copia debidamente certificada de la Protesta de Avería presentada, por el ciudadano Capitán Hernán Patiño, ante la Capitanía de Puerto de Maracaibo instrumento éste que no ha sido controvertido por ninguna de las partes-, en el cual se evidencia que en fecha 31 de marzo de 1988, aproximadamente a las 11:00 horas, ocurrió una avería de la motonave El Exportador siglas YYBY-AGSI-1854.

El buque zarpó del Puerto de Araya el día 28 de marzo de 1988, cargado de 2000 toneladas de sal a granel, con destino al Puerto del El Tablazo del complejo Petroquímico de Maracaibo.

El día 31 de marzo de 1988 a las 2:30 horas comienza en navegación prima, su entrada al canal de navegación exterior del Lago de Maracaibo. El Comandante de la M/N reportó a la Estación Piloto de San Carlos las condiciones del tiempo: fuerte viento, mar gruesa; además, el buque ingresaba al Canal por el costado de babor. Continuó la navegación en esas condiciones, el Capitán se percató a la altura de la Boya B-24 que el buque se estaba varando con una fuerte escora hacia babor, hecho que también fue notificado a la Estación Piloto de San Carlos. A las 11:00 horas del mismo día, se solicitó la asistencia de un remolcador para sacar el buque de la varadura. Entró nuevamente al Canal con una fuerte escora a babor y falta de gobierno, por lo que decidió sacarlo nuevamente del Canal, ubicándolo hacia el lado opuesto de la varada (estribor). Al efectuar esta última maniobra se inició el hundimiento de proa y popa, decidiendo entonces abandonar el buque. Posteriormente, se verificó su definitivo hundimiento a su babor, con los mástiles apuntando hacia El Malecón, hasta enterrarse en el lodo del fondo unos cinco metros en la franja oriental del canal entre las boyas B-25- y B-23.

De lo anterior se desprende que el buque estuvo expuesto a agentes físicos exógenos (fuertes vientos y mar gruesa) y como consecuencia de ello el buque se escoró a la banda de babor varándose. La encallada produjo

daños en el casco, comenzando el naufragio de la proa a popa, zozobrando con una escora de 20° por tener agua en las bodegas. En virtud de los acontecimientos el Capitán decidió abandonar la motonave. La motonave se hundió totalmente.

Verificada tal situación, se redujo el ancho navegable del Canal de Navegación del Lago de Maracaibo, a 120 metros, cuando lo normal es una extensión de 180 metros, lo cual conllevó a la interrupción del normal desarrollo de la navegación en el Lago de Maracaibo, con el consiguiente efecto negativo para el Parque Industrial y Comercial de la Zona y por ende, de la economía estatal, nacional y de la seguridad nacional. De modo que la Administración comenzó a realizar una serie de operaciones para solventar la situación:

Igualmente, consta en autos que:

La Administración conjuntamente con la Capitanía de Puertos restringió el tráfico de buques, autorizando sólo la navegación diurna.

Ejecutó Inmediatamente el levantamiento batimétrico del área, para determinar la posición del barco.

Contrató los servicios de buzos para determinar la posición de proa y popa del barco.

Colocó una boya de Señal de Peligro (B.S.P.E.) en el borde del canal para indicar la posición de la proa de la MN El Exportador.

Procedió al realineamiento del canal, colocando tres (03) boyas adicionales (B-SPE, B-SPEA, B-SPEB) en el área de hundimiento del barco, lo que conllevó a la reducción del ancho navegable del Canal de 180 metros a 120 metros.

El 13 de abril de 1988, en una reunión conjunta con la Capitanía de Puer-

tos y usuarios del Canal, se acordó establecer el control de tráfico de la zona, estableciéndose navegación en un solo sentido.

Se estableció un Plan de Contingencia con patrullajes e inspecciones continuas en el área del hundimiento para atender cualquier emergencia que se presentara.

Se publicó en la prensa nacional e internacional un aviso notificando el accidente ocurrido con la MN El Exportador y las notificaciones del canal producto de dicho accidente.

Ahora bien, una vez señalados los anteriores hechos no controvertidos en el juicio se observa que, hay dos hechos fundamentales para determinar el supuesto daño causado por la Administración:

1. Que la recuperación de la motonave no se efectuó porque el mencionado Instituto lo impidiera; y además,
2. Que, si se hubiese efectuado la recuperación de la motonave hundida, posteriormente se hubiese podido reparar.

Para lo primero, sostiene el actor, que el mencionado Instituto solicitó ante el Tribunal Primero de Primera Instancia en lo Civil, Mercantil y del Tránsito del Área Metropolitana de Caracas el embargo de las pólizas de seguro, por lo que con dichos actos procesales y medidas cautelares, se vieron impedidos de obtener la correspondiente indemnización que les habría permitido reflotar la motonave. Alegó, además, que las mencionadas pólizas de seguro son inembargables.

Así, ciertamente, en fecha 17 de agosto de 1988, el Tribunal Primero de Primera Instancia en lo Civil, Mercantil y del Tránsito del Área Metropolitana de Caracas, decretó el embargo de las pólizas de seguro de responsabilidad civil y la de casco y maquinaria, todo ello dentro del marco de la demanda que intentara el Instituto Nacional de Canalizaciones en

contra de la sociedad mercantil Consorcio Naviero de Occidente, C.A. Luego, para practicar tal medida se comisionó al Juzgado Sexto de Municipio Urbano del Distrito Maracaibo del Estado Zulia; pero, del estudio de las actas se advierte que jamás se llevó a cabo la ejecución de la medida de embargo acordada, por lo que, obviamente, si el Juzgado comisionado no dio el debido acatamiento al contenido de la Acta de Cumplimiento de la Comisión Delegada, no se le despojó ni a la compañía aseguradora ni al demandante de la suma referida, condición ésta indispensable para que pueda hablarse de una merma en su patrimonio y eventualmente un daño para el demandante, todo lo cual hace concluir a esta Sala que in concreto este acontecimiento no constituye perjuicio alguno. Así se declara.

Pero además, de ningún modo en la actualidad pudiera ejecutarse tal medida, toda vez que la demanda interpuesta por el Instituto Nacional de Canalizaciones, fue decidida de manera definitiva, tal y como se señalara en la parte narrativa de este fallo, lo cual trae como consecuencia el decaimiento de la misma en dicho proceso, en aplicación del reiterado criterio conforme al cual lo accesorio sigue la suerte de lo principal.

Mencionado esto, resulta necesario señalar que independientemente de si las pólizas eran o no embargables, de haberse ejecutado el embargo decretado, en todo caso, para que pudiese imputársele al demandado algún daño con relación a ello tendería que estar plenamente demostrado que la acción emprendida ante los juzgados de instancia fue manifiestamente infundada y temeraria, lo cual no está en modo alguno probado en autos. Así se declara.

Dentro del mismo contexto se impone adicionalmente señalar, que ex lege están determinados cuáles serán los “bienes” que son inembargables, es decir, aquellos que no constituyen prenda de garantía general de los acreedores y que por lo tanto no pueden ser sometidos a medidas ejecutivas de embargo y secuestro cuando se adelante proceso de ejecución.

En tal sentido, debe sostenerse que resultan inembargables aquellos obje-

tos cuya privación provocaría que el nivel de vida del deudor y su familia descienda a límites incompatibles con la dignidad humana.

Debe recordarse que las normas sobre inembargabilidad son de orden público, imperativas, esto es, no pueden desconocerse por convenios entre particulares, sino que rigen independientemente de la voluntad de los mismos. Para citar un ejemplo en materia de seguros, analizando la Ley de Contrato de Seguro vemos como el legislador estableció la inembargabilidad de las pólizas de seguro de vida. Asimismo, debe resaltarse que las excepciones a esta inembargabilidad tienen que ser expresas y no se pueden aplicar por analogía.

Así, la ley establece una serie de medidas precautelativas que pueden ser solicitadas para asegurar que el deudor pueda responder con sus bienes el pago de la suma demandada. El Código de Procedimiento Civil establece en sus artículos 585 y 588 cuáles son estas medidas y la oportunidad para decretarlas.

En el ámbito del derecho marítimo encontramos que se puede practicar, cualquier embargo preventivo, con el objeto de afectar determinados bienes para garantizar ciertas obligaciones nacidas de la misma actividad marítima.

Al realizar un análisis de La Ley de Privilegios e Hipotecas Navales, vigente ratio temporis, se encuentra que la misma señala que:

Artículo 7º: No son créditos accesorios de la nave las indemnizaciones debidas al propietario en virtud de contratos de seguro, ni las primas ni subvenciones o subsidios otorgados por cualquier entidad pública.

Artículo 25: Si la nave se pierde o avería, los créditos hipotecarios se subrogan en:

4) Las indemnizaciones de seguros sobre el casco y maquinaria de la nave.

Como se desprende de las normas anteriores, interpretadas sistemáticamente y de acuerdo con el espíritu del legislador, se entiende que no son créditos accesorios de la nave, y por tanto no responden frente a los privilegios, las indemnizaciones debidas al propietario en virtud de contratos de seguro, ni las primas. Esta norma tiene su correlativo en el ordinal 4° del artículo 25 de la Ley, en la regulación de la hipoteca naval y ha sido establecida para favorecer al acreedor hipotecario. Conforme al artículo, en comento, si la nave se pierde o avería, entonces, ciertos créditos se subrogarán tales como las indemnizaciones de seguros sobre el casco y máquina de la nave.

Por lo tanto, en concepto de esta Sala, no se desprende de dicha Ley, como asevera el demandante, que las pólizas de seguros sobre casco o maquinaria sean inembargables, por lo que nada obsta para que puedan constituir objeto de medidas cautelares como la de embargo hasta el monto máximo permitido por la ley.

La única inembargabilidad prevista por el legislador, en el Código de Comercio, sobre esta materia se refiere a la nave que está presta a partir. El artículo 620 prohíbe el embargo de nave cargada que esté para darse a vela después de haber recibido del capitán los despachos necesarios para su salida, a menos que la acción provenga de suministros hechos para aprestarla y proveerla para ese mismo viaje, pero incluso en este caso se suspenderá el embargo si se da fianza suficiente.

Por otro lado, es preciso destacar que el siniestro acaeció en fecha 31 de marzo de 1988; y, que el embargo fue decretado cinco (5) meses después del hundimiento de la motonave, entonces, afirmar que tal acción impidió las labores de reflotamiento resulta temerario. Además, durante este lapso, de acuerdo a las pruebas aportadas por el Instituto Nacional de Canalizaciones, se observa que este realizó una serie de actividades tendientes a restablecer funcionamiento normal del Canal de Navegación del Lago de Maracaibo. Así, se ve como mediante oficios N° 000861 y N° 000874, de fecha 13 y 15 de abril de 1988, respectivamente, el Instituto Nacional

de Canalizaciones (Gerencia Canal de Maracaibo), notificó a la sociedad mercantil Consorcio Naviero Occidente y sociedad mercantil Seguros Catatumbo, C.A., para que procedieran a adoptar las medidas tendientes a remover la nave siniestrada.

• • • • •
TEMA: DECLARACIÓN DEL SINIESTRO (PROCEDIMIENTO)

Máxima: previo al pago de la suma asegurada, el asegurado está obligado a declarar el siniestro. Luego de notificado el mismo, se procederá a la evaluación inmediata del daño. Una vez verificado lo anterior, la compañía aseguradora deberá determinar la procedencia o no del reclamo formulado para honrar el contrato de seguro, esto es así porque en principio se presume que el siniestro ocurrió sólo por caso fortuito. Entonces, el pago de la indemnización sólo procede y la empresa está obligada hacerlo cuando la aseguradora finalice las investigaciones y peritajes para establecer la existencia del siniestro.

EXTRACTO:

En cuanto a las pólizas suscritas con la sociedad mercantil Seguros Catatumbo, C.A., hay que destacar que previo al pago de la suma asegurada, el asegurado está obligado a declarar el siniestro. Luego de notificado el siniestro, se procederá a la evaluación inmediata del daño. Una vez verificado lo anterior la compañía aseguradora deberá determinar la procedencia o no del reclamo formulado para honrar el contrato de seguro, esto es así porque en principio se presume que el siniestro ocurrió sólo por caso fortuito. Entonces, el pago de la indemnización sólo procede y la empresa está obligada hacerlo cuando la aseguradora finalice las investigaciones y peritajes para establecer la existencia del siniestro.

De lo anterior se puede colegir que si bien es cierto que se verifica la exis-

tencia de una póliza de seguro con C.A. Seguros Catatumbo, no es menos cierto que el asegurado lo que poseía en ese momento era una simple expectativa económica, es decir, la posibilidad más o menos cercana y probable de conseguir un dinero al ocurrir un suceso que se prevé o al hacerse efectiva determinada eventualidad, consecuentemente, no existía a favor del demandante ninguna cantidad líquida y exigible derivadas de la supuesta indemnización por concepto de seguro. El principio indemnizatorio determina que el asegurado no puede ser más rico después del siniestro que antes de éste, razón por la cual deberá probar el daño causado, es decir, si el asegurado alega éste, tiene que probarlo, lo cual lleva implícito la prueba de la preexistencia de los efectos asegurados. La principal obligación del asegurador es la de indemnizar las pérdidas o los perjuicios que puedan sobrevenir al asegurado en casos determinados, fortuitos o de fuerza mayor; o bien pagar una suma determinada de dinero.

En el INFORME DE EXPERTICIA Y AVALÚO MOTO-NAVE EL EXPORTADOR que mandase a realizar esta Sala, se reconoce que se verificó una pérdida total del bien. Hay que analizar este punto porque para la fecha del acaecimiento del naufragio, el 31 de marzo de 1988, el ciudadano Rogelio Cartaya Acosta no era el propietario de la motonave sino la sociedad mercantil CONSORCIO NAVIERO DE OCCIDENTE, C.A.

El 17 de mayo de 1988, la sociedad mercantil Consorcio Naviero de Occidente, C.A., mediante documento otorgado ante la Notaría Pública Quinta de Caracas, transfirió la propiedad de la motonave al ciudadano Rogelio Cartaya Acosta. Ahora bien, en la Cláusula Tercera del documento de venta se señala lo siguiente:

“TERCERA: EL COMPRADOR declara en este acto que recibe de EL VENDEDOR en el estado en que se encuentra el bien mueble que por este documento se vende, el cual se denomina Motonave El Exportador certificado de matrícula AGSI-1854, renunciando EL COMPRADOR a cualquier reclamación por la causa que fuere en contra de EL VENDEDOR ya que tuvo en su carácter de Presidente

de EL VENDEDOR hasta esta misma fecha, el control y custodia de dicho bien desde la fecha en que originalmente fuese adquirido por EL VENDEDOR”.

TEMA: NAVEGABILIDAD Y EL HUNDIMIENTO DE UN BUQUE

Máxima: la navegabilidad es el carácter esencial de toda nave, determina el comienzo y el fin de su individualidad. La nave existe como tal desde el día en que es navegable sin que sea necesario que haya sido echada a la mar. La nave pierde su individualidad cuando se hace innavegable. La doctrina ha terminado que cuando la construcción del casco está en condiciones de flotar y, dejando el astillero, va ser expuesta a los primeros riesgos del mar con el bautizo, la nave nace a la vida marítima y para que le puedan ser aplicadas las reglas del Código de Comercio es necesario que tengan un medio fijo de propulsión.

Máxima: si un buque se hundiera, el capitán de puerto en que se produjo el siniestro, hará de inmediato un aviso circunstanciado notificando a los interesados. Entonces, si los interesados no comparecieren a declarar su voluntad de hacer el salvamento o, compareciendo, dejasen transcurrir cuatro meses sin emprender las obras, o si después de haberlas iniciado las abandonasen durante cuatro meses a partir de su constitución en mora, las cosas sumergidas se consideran abandonadas y pasan al poder del Estado.

Máxima: hay causas físicas que afectan la estructura físico-jurídica del buque: su existencia misma como cosa compuesta y como universalidad de hecho, esto conlleva

va a declarar perdida la existencia del buque, es decir, su muerte jurídica.

Máxima: El auxilio en el agua, que se proporciona a un buque trata de evitar su pérdida. En cambio, cuando la estructura del buque se ha deteriorado hasta perder su funcionalidad, se pierde también su individualidad física y jurídica (navis - fractio), el auxilio que pueda brindársele sólo será una recuperación de sus restos, para evitar su dispersión.

MÁXIMA:

Es oportuno señalar en este punto que la navegabilidad es una característica esencial del buque. La navegabilidad es el carácter esencial de toda nave: determina el comienzo y el fin de su individualidad. La nave existe como tal desde el día en que es navegable sin que sea necesario que haya sido echada a la mar. La nave pierde su individualidad cuando se hace innavegable. La doctrina ha terminado que cuando la construcción del casco, está en condiciones de flotar y, dejando el astillero, va ser expuesta a los primeros riesgos del mar con el bautizo, la nave nace a la vida marítima y para que le puedan ser aplicadas las reglas del Código de Comercio es necesario que tengan un medio fijo de propulsión.

Por lo tanto, la navegabilidad implica no sólo la posibilidad del buque de navegar, sino de hacerlo en condiciones de óptima seguridad. Por ello, no es suficiente para considerar un buque en estado de navegabilidad que el mismo pueda simplemente navegar. Es necesario, más allá, que lo pueda hacer de forma que el servicio al que está destinado pueda realizarse en cumplimiento de todas las reglas de seguridad que para el tipo de tráfico en particular están establecidas. La navegabilidad del buque está supeditada no sólo al estado del casco, la quilla o las máquinas, sino al funcionamiento apropiado de diversos aparatos, instrumentos, equipos e instalaciones de alta tecnología, así como a condiciones generales de

suficiencia. En el derecho marítimo anglosajón y en el derecho marítimo internacional en general, es obligación fundamental del armador poner a disposición de quienes procuran el servicio de la nave, una que se encuentre en perfectas condiciones de navegabilidad.

Encontrándose la motonave, El Exportador, en un estado de innavegabilidad absoluta (hundida), el demandante no podía hacer uso de la misma para emprender una nueva aventura marítima o actividad comercial, era imposible la generación de ingreso alguno para su provecho personal.

Por otra parte, hay causas físicas que afectan la estructura físico-jurídica del buque: su existencia misma como cosa compuesta, por un lado, y como universalidad de hecho por el otro, esto conlleva a declarar perdida la existencia del buque, es decir, su muerte jurídica, o sea la pérdida.

Asimismo, se evidencia del peritaje que la nave estaba perdida desde el momento del naufragio. Para la fecha en que se presentó la oferta de operación de rescate, 11 de julio de 1988, la nave estaba en tales condiciones que la pérdida de la idoneidad para su navegación era absoluta. Esta situación se verificó puesto que las averías sufridas eran de tal gravedad que era indispensable no su simple reparación, sino toda una reconstrucción sobre ella. Pasado el tiempo, visto que la sociedad mercantil SUTRAMAR, C.A., no realizó las labores de rescate, que incluían el reflotamiento y la reparación de la estructura y maquinarias, la motonave se destruyó. La destrucción se derivó de la definitiva perdida de la unidad de la embarcación por causas externas. Así pues, el dato esencial es la alteración irreversible de los componentes estructurales y funcionales del buque. El siniestro cobró efectivamente existencia respecto a la embarcación. Habiendo transcurrido siete meses de la anterior oferta, el día 15 de marzo de 1989, el Instituto Nacional de Canalizaciones, realizó una licitación pública, seleccionando a la empresa J.P.C. INTERNACIONAL, para efectuar los trabajos de remoción de los restos de la motonave. El día 28 de julio de 1989, se suscribió el contrato y se comenzaron los trabajos de rescate, pero los mismos no pudieron ser concluidos. Posteriormente, en

fechas 22 de diciembre de 1989, el 16 de febrero, 03 de abril y el 03 de septiembre de 1990 y ulteriormente el 04 de marzo de 1991, se efectuaron sondeos de control para verificar la evolución en profundidad de la Moto-nave “El Exportador” constatándose que dicha embarcación estaba asentada verticalmente, en el fango del lecho del canal, a una profundidad de 10,30 metros. El día 15 de julio de 1992 se perfeccionó un nuevo contrato con la empresa ASTIMAR N.V para reanudar los trabajos de retiro de los restos de la M/N “El Exportador” y reubicación de ellos por monto igual a los seiscientos mil dólares americanos sin céntimos (US\$ 600.000,00). El día 09 de diciembre de 1992, la empresa suspendió las operaciones de rescate, manifestando su intención de no continuar con la ejecución de los trabajos, habiendo, por desmembramiento, removido ciento nueve, (109), toneladas de acero, equivalente al 11% del peso en rosca del buque.

De lo anterior se evidencia, que independientemente del decreto de embargo acordado, mas no practicado, el demandante no realizó ninguna gestión destinada a la recuperación de los restos náufragos. La doctrina es sumamente clara en este punto y señala que, si un buque se hundiera, el capitán de puerto en que se produjo el siniestro, hará de inmediato un aviso circunstanciado notificando a los interesados. Entonces, si los interesados no comparecieren a declarar su voluntad de hacer el salvamento, o, compareciendo, dejasen transcurrir cuatro meses sin emprender las obras, o si después de haberlas iniciado las abandonasen durante cuatro meses a partir de su constitución en mora, las cosas sumergidas se consideran abandonadas y pasan al poder del Estado. Es exactamente lo que ocurrió en este caso. No riela en el expediente ningún documento que pruebe la voluntad del demandante en hacer el salvamento que le correspondía, los propietarios estarán obligados a intentar el salvamento y despejar el fondo a sus expensas, dentro del plazo que les fijará la oficina de puerto previo dictamen pericial. Por lo tanto, como el hundimiento del buque se produjo en un lugar en dificultaba la navegación; y, además, al incumplir el demandante con sus obligaciones, se considera que el buque queda abandonado al Estado. Así las cosas, será éste quien dispondrá de la extracción del obstáculo. Ahora bien, el Instituto Nacional de Canaliza-

ciones realizó una recuperación ex officio de restos o buques náufragos, cimentado en el poder de policía que la autoridad marítima tiene sobre las vías navegables, para dejarlas expeditas, o por razones de interés general, dicha autoridad se ve facultada para remover y recuperar restos náufragos y buques hundidos después de haber intimado al armador propietario, según el procedimiento establecido para ello.

En el caso subjudice nos encontramos ante la recuperación de unos restos náufragos. El socorro que se puede prestar a un buque varía en el régimen normativo aplicable y en su trascendencia iuris, según conserve o no su integridad físico-jurídica. El auxilio en el agua, que se proporciona a un buque trata de evitar su pérdida. En cambio, cuando la estructura del buque se ha deteriorado hasta perder su funcionalidad, se pierde también su individualidad física y jurídica (navis - fractio), el auxilio que pueda brindársele sólo será una recuperación de sus restos, para evitar su dispersión.

La recuperación sólo puede darse de restos o despojos náufragos. Es esencial, en este punto, dilucidar estos últimos conceptos. Al respecto, hay que destacar que ha sido clara la doctrina al indicar que ambos vocablos se refieren al buque o carga, o a sus fracciones o partes componentes que se encuentren sumergidas o flotando en el agua, o proyectadas sobre las playas, de las cuales el propietario perdió su posesión, sin que se considere que perdiera su dominio. Los buques que han perdido su estructura e individualidad físico-jurídica, y sus desechos, sean partes constitutivas o accesorias, botes, anclas, etc., a flote o sumergidos, son considerados restos o despojos náufragos. Por eso, se ha establecido que el socorro de un buque que hubiera perdido su estructura no tendría sentido y sólo es posible su recuperación. La motonave “El Exportador” naufragó, es decir, desapareció bajo el agua con la pérdida de sus características estructurales y funcionales.

Ahora bien, la parte actora, en el curso del proceso consignó una serie de recaudos que a su parecer demostraban el daño que presuntamente le fue causado. Sin embargo, a los fines de la debida valoración probatoria que

debe hacer esta Sala, resulta necesario que las partes indiquen los hechos que se pretenden demostrar relacionándolos con cada medio de prueba promovido.

En el caso bajo análisis, observa la Sala que la parte actora se limitó a consignar una serie de recaudos, sin especificar ni relacionar cómo dichos documentos demostraban el daño supuestamente causado.

De allí que, considera la Sala que las pruebas cursantes en autos no aportan elementos suficientes que demuestren el nexo de causalidad entre el presunto daño ocasionado al actor y que esa actividad haya sido ocasionada por la demandada.

En efecto, constituye una condición indispensable para establecer la responsabilidad patrimonial del Estado, tal y como se señalara supra, que exista una relación de causalidad entre el supuesto daños sufrido y la conducta o falta del ente demandado; y en el presente caso, la supuesta conducta dañosa no puede en ningún caso ser atribuida al Instituto Nacional Canalizaciones.

Conforme a lo expuesto, concluye esta Sala que la demandada actuó de conformidad con la Ley, con lo cual no causó daño alguno al actor. Así se declara.

Al no haber sido demostrada la existencia de daño alguno, ni el nexo de causalidad entre el mismo y la actuación de la demandada, resulta innecesario el análisis de los elementos restantes para determinar la responsabilidad del Estado. Así se decide.

En consecuencia, debe esta Sala declarar sin lugar la demanda interpuesta.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC0000735.

FECHA: 01 de diciembre de 2003.

PARTES: Guillermo Gustavo Rinaldi contra C.N.A. de Seguros La Previsora.

.....

TEMA: CADUCIDAD PARA EJERCER LA ACCIÓN JUDICIAL EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: La cláusula de caducidad semestral contenida en los contratos de seguros le ha sido reconocida su validez, vigencia y eficiencia, por ser cónsona con los postulados de buena fe y equidad que deben informar las relaciones contractuales, por lo que lejos de restringir la garantía constitucional de acceso a la jurisdicción, que es de orden público, sólo limita el derecho subjetivo que tiene el asegurado frente al asegurador, el cual es de índole privado y perfectamente disponible por vía contractual.

EXTRACTO:

En la presente denuncia los formalizantes imputan a la recurrida la falsa aplicación del artículo 6° del Código Civil, porque según su dicho fue el que le sirvió de fundamento para declarar de oficio la nulidad de la cláusula de caducidad semestral contenida en el contrato de seguro, por considerar el ad quem, que esa cláusula limitaba, restringía o condicionaba el ejercicio de la acción.

En relación a la caducidad prevista en las cláusulas de los contratos de seguros, la Sala de Casación Civil de la extinta Corte Suprema de Justicia, en sentencia N° 68 del 11 de abril de 1986, juicio Manufacturas H.B. S.R.L. contra Seguros La Seguridad C.A., expediente N° 94-072, dijo lo siguiente:

“...La interlocutoria recurrida, citada por el formalizante, establece, al tratar el punto que este debate, lo siguiente:

“...Esa cláusula dice: Si durante los seis (6) meses siguientes a la fecha de rechazo de cualquier reclamación, el asegurado no hubiere demandado judicialmente a la compañía o convenida con ésta el arbitraje previsto en la cláusula anterior caducarán todos los derechos derivados de esta póliza. Los derechos que confiere esta póliza, caducarán definitivamente, si dentro de los doce (12) meses siguientes a la ocurrencia de un siniestro, el asegurado no hubiese iniciado la correspondiente acción judicial contra la compañía o el arbitraje previsto en la cláusula anterior. Se entenderá iniciada la acción, una vez que sea practicada legalmente la citación de la compañía para el acto de contestación de la demanda. Esta alzada, se atiene, por el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, al propósito y a la intención de las partes del contrato de seguro aludido, teniendo en mira las exigencias de la Ley, de la verdad y de la buena fe; y concluye que, de acuerdo con el texto entrecomillado, ese propósito e intención fue la de limitar lo de qué se entiende por iniciada la acción, al supuesto de caducidad anual, única en que se trata lo de si el asegurado no hubiere iniciado la correspondiente acción judicial..., ya que, la caducidad es una sanción que, como toda otra, debe ser interpretada restrictivamente; y si las partes hubieran querido abrazar la caducidad semestral con ese supuesto, el texto final de la citada condición general 9 de esa póliza, sería otro. Por tanto, es forzosa la confirmatoria de la decisión apelada que desechó la cuestión previa de la caducidad, porque la reclamación de la asegurada fue rechazada por la aseguradora, el 31 de diciembre de 1986, y la demanda de aquella contra ésta fue presentada y admitida por el a quo el 25 de junio de 1987, siendo obvio que no se cumplió el plazo de 6 meses para la caducidad alegada por la parte demandada”.

Ahora bien, en esas expresiones de la recurrida, no encuentra la Sala que se haya tergiversado en modo alguno el contenido de la cláusula contractual en referencia, pues es correcta su conclusión en cuanto a la interpretación restrictiva que debe privar al considerar la aplicación de las sanciones de caducidad estipuladas en la póliza; y es también correcta su apreciación de no ser idénticos los supuestos de caducidad semestral y anual contemplados en la cláusula, en relación con la mención de la citación como momento en el cual deba entenderse iniciada la acción, ya que, de una parte, esta condición es en sí misma contradictoria, o al menos equívoca en sus términos; y de la otra, a los efectos del supuesto de la caducidad semestral, sólo requiere el texto haber demandado, esto es, haber introducido la demanda; expresión ésta distinta a la de iniciar la acción, que se expone en el supuesto de la caducidad anual, que es asimismo la utilizada para indicar la cláusula, en su parte final, que la acción se entenderá iniciada al practicarse legalmente la citación.

Pero, además, a juicio de la Sala, esa condición deberá considerarse inaplicable en cualquiera de los supuestos, porque no es compatible con el equilibrio contractual, acogerse una de las partes a la figura de la caducidad, con las ventajas que ello le supone, y a la vez desnaturalizarla, equívocamente con atributos de la prescripción, a lo cual equivale exigir que se practique la citación para sólo así entender iniciada la acción y descartada con ello la caducidad. Y existiendo esa incompatibilidad, no debe interpretarse en el sentido que indica el formalizante, la contradicción o equivocidad que se ha mencionado existe en la terminología de la cláusula, con mayor razón si se recuerda que en la póliza de seguro, en la práctica, el asegurado se encuentra forzado a adherirse a las cláusulas preestablecidas por la aseguradora.

Se aparta en esto la Sala de lo establecido en sus fallos del 24 de mayo de 1984 y 5 de diciembre de 1987, citados por el formalizante, por considerar que la interpretación aquí acogida es la consona con los postulados de buena fe y equidad que deben informar las relaciones contractuales...". (Negritas de la Sala).

De la doctrina precedentemente transcrita se desprende, que ha sido aceptada desde vieja data la validez, vigencia y eficiencia de las cláusulas de caducidad contenidas en los contratos de seguros, las cuales deben ser interpretadas restrictivamente dado el carácter sancionatorio que las mismas conllevan.

En el caso bajo análisis, el ad quem, declaró la nulidad de la cláusula de caducidad semestral contenida en el contrato de seguros, arguyendo que no puede renunciarse ni limitarse por convenio entre las partes el ejercicio de una acción, por lo que consideró que la misma era violatoria del orden público, en aplicación del principio contenido en el artículo 6 del Código Civil, que prevé que, “...No pueden renunciarse ni relajarse por convenios particulares las leyes en cuya observancia están interesados el orden público o las buenas costumbres”. Ahora bien, a la cláusula de caducidad semestral contenida en los contratos de seguros, le ha sido reconocida su validez, vigencia y eficiencia, por ser “...cónsona con los postulados de buena fe y equidad que deben informar las relaciones contractuales...”, por lo que lejos de restringir la garantía constitucional de acceso a la jurisdicción, que es de orden público, sólo limita el derecho subjetivo que tiene el asegurado frente al asegurador, el cual es de índole privado y perfectamente disponible por vía contractual, razón por la que, ciertamente el ad quem aplicó falsamente el principio contenido en el artículo 6 eiusdem, en el cual se basó para declarar de oficio la nulidad de la cláusula 19 de las Condiciones Generales de la Póliza, contentiva de la caducidad semestral pactada en el contrato de seguros, lo cual hace procedente la presente denuncia. En consecuencia, deberá declararse con lugar el presente recurso, tal como se hará de manera expresa, positiva y precisa en el dispositivo del presente fallo. Así se decide.

Al amparo del ordinal 2º del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, se denuncia la infracción por falta de aplicación del artículo 509 eiusdem, por incurrir la recurrida en el vicio de silencio de prueba, determinante del dispositivo del fallo.

Se fundamenta la denuncia de la siguiente manera:

“...Ilustres Magistrados, como corolario de haber aplicado falsamente el artículo 6° del Código Civil, anulando oficiosamente la cláusula de caducidad semestral estipulada en el contrato, la recurrida rehusó examinar y valorar las pruebas y los hechos admitidos que acreditan: A) Que el 13 de marzo de 1999 el asegurado recibió, por parte del asegurador, la notificación de que su reclamo había sido rechazado; y B) Que la demanda fue presentada el día 10 de noviembre de 1999, esto es, siete (7) meses y veintisiete (27) días después del rechazo de la reclamación; o sea, mucho tiempo después de haberse extinguido el derecho a indemnización deducido por el actor, merced a la caducidad semestral estipulada en el artículo 19 de las condiciones generales de la Póliza (Sic).

En efecto, infringiendo el deber que le imponía el artículo 509 del Código de Procedimiento Civil, de analizar y juzgar todas las pruebas que se produjeron en el proceso, la recurrida omitió examinar y valorar:

a) La comunicación escrita que el actor produjo como anexo “K” de su demanda, emanada de la C.N.A. DE SEGUROS LA PREVISORA y recibida por la parte actora en fecha 13 de marzo de 1999, mediante la cual se le participó el rechazo de su reclamación, por aplicación del artículo 15 de las condiciones generales de la póliza. Instrumento privado que quedó reconocido, a falta de desconocimiento o tacha por parte de la demandada.

b) La confesión espontánea del actor, concordante con el anterior instrumento, que aparece plasmada en su libelo de demanda (penúltimo párrafo, vto. folio 3) con el siguiente tenor:

“Toda esta situación le es planteada nuevamente al productor de seguros, Sr. Luis Millán, quien por su parte envía una nueva correspondencia de fecha 13 de Marzo (Sic) de 1.999, a la empresa ase-

guradora, recibiendo ese mismo día una escueta comunicación por parte de dicha empresa, donde se le informa que el reclamo efectuado por nuestro representado quedó sin efecto, por aplicación del artículo 15 de las condiciones generales de la Póliza (Sic), sin dar mayor información ni mencionar el contenido del mencionado artículo 15 de las condiciones generales de la póliza. Acompañamos a la presente marcada letra “K” original de la comunicación antes mencionada”. (Negrillas y subrayado nuestro).

c) La nota de Secretaría que aparece al pie del último folio de la demanda, estampada con el sello húmedo del Juzgado de Primera Instancia en lo Civil, Mercantil y del Tránsito de la Circunscripción Judicial del Estado Lara, que literalmente reza:

Es evidente, que el silencio incurrido por el Juez de última instancia respecto de estas probanzas, fue determinante de lo dispositivo de la sentencia, pues, si el Juez las hubiera examinado y apreciado al emitir su pronunciamiento de mérito, habría tenido que establecer el hecho comprobado de que la demanda fue presentada casi dos (2) meses después de haberse extinguido el derecho a indemnización del asegurado, cuya caducidad se produjo inexorablemente al cumplirse seis (6) meses de la fecha de rechazo de su reclamación, sin que éste hubiera solicitado el arbitraje ni interpuesto demanda en contra de nuestra representada.

Claro está que este vicio cometido por la Alzada, no es más que una consecuencia del desatino de haber anulado oficiosamente la cláusula contractual que estipula la caducidad semestral del derecho a indemnización del asegurado, en falsa aplicación del artículo 6° del Código Civil, y en infracción de los artículos 1.159 y 1.264 ejusdem (Sic), a los cuales negó aplicación, a pesar de ser éstos los aplicables para la justa resolución de la contienda. Señalamiento que hacemos en acatamiento del requisito que exige el ordinal 4° del artículo 317 del Código de Procedimiento Civil...”. (Mayúsculas, subrayado, negritas y cursivas de los formalizantes).

Para decidir, la Sala observa:

Los recurrentes en el texto de su denuncia, expone que el ad quem está incurso en el vicio de silencio de pruebas, dado que “según su dicho- no examinó ni valoró: a) la comunicación de fecha 13 de marzo de 1999, emanada de la empresa aseguradora por medio de la cual notificó al asegurado que su reclamación había sido rechazada; b) la supuesta confesión en que incurrió el demandante en el texto del libelo y, c) el sello húmedo del Tribunal de la causa en la cual consta la fecha de presentación de la demanda.

Establecida como quedó en la anterior denuncia la infracción del artículo 6 del Código Civil, en el cual fundamentó el ad quem la declaratoria de nulidad de la cláusula 19 de las Condiciones Generales de la Póliza, que prevé contractualmente la caducidad semestral, lo cual conllevó a que ciertamente el Juez Superior dejara de analizar y valorar las pruebas señaladas por los recurrentes, mal puede determinarse bajo estos supuestos que haya incurrido en el vicio de silencio de prueba delatado, razón suficiente para determinar la improcedencia de la presente delación. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.00779.

FECHA: 11 de diciembre de 2003.

PARTES: Electrónica Andina, S.A. contra Seguros Lara, C.A.

.....

TEMA: OMISIÓN DE INFORMACIÓN

Máxima: el asegurado debe declarar la sinceridad de todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada. En ese sentido, al omitir información respecto al contrato de arrendamiento con opción de compra, celebrado anteriormente con un tercero sobre los bienes objeto del contrato de seguro, no puede luego pretender obtener el pago de sumas de dinero deri-

vadas de ese mismo contrato de seguro, ya que ella no dio cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 568 del Código de Comercio.

EXTRACTO:

Con fundamento en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, se denuncia la infracción por la recurrida del artículo 568 del Código de Comercio, por ...aplicación de norma legal no vigente..., así como la violación del artículo 12 del Código de Procedimiento Civil.

Por vía de fundamentación, se expone:

“...Se funda la presente denuncia en lo siguiente: con fecha 30 de octubre del año 2001, el Ejecutivo Nacional por Decreto en Fuerza de Ley del contrato de seguro, en vigencia desde el 12 de Noviembre de 2001, fecha de la publicación en Gaceta Oficial No. 5553, abolió en la disposición Derogatoria Única los artículos comprendidos entre el No. 548 y 611, ambos incluidos, del Código de Comercio vigente (sic).

Lo anterior se desprende por lo afirmado por la recurrida cuando dice al folio 225 lo siguiente: “El asegurado está obligado: 1) A declarar con sinceridad todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada y apreciar la existencia de los riesgos”. Sigue la recurrida: Conforme a la norma transcrita, el asociado debe declarar la sinceridad de todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada. En el caso que nos ocupa, la demandante al contratar el seguro con la empresa demandada Seguros Lara C.A., omitió información respecto al contrato de arrendamiento en opción de compra, celebrado anteriormente en un tercero sobre los bienes objeto del contrato de seguro. Por lo tanto, no puede luego pretender la demandante obtener el pago de sumas de dinero derivadas de ese mismo contrato de seguro, ya que ella no dio cumplimiento al artículo 568 del Código de Comercio antes

trascrito. Más adelante al folio 226, la recurrida finaliza su decisión en los siguientes términos: “...Tal como se dejó sentado anteriormente, la parte demandante incumplió en sus obligaciones al tener arrendada la maquinaria asegurada en el momento de asegurar la póliza y no haberlo expresamente declarado. Por ello forzosamente se debe declarar SIN LUGAR la demanda interpuesta y confirmar en todas y cada una de sus partes la sentencia apelada”.

En orden a lo anterior se nota claramente que la infracción denunciada fue determinante en lo dispositivo de la sentencia.

Así mismo, y en base al análisis del proceso mental de la recurrida al creer firmemente en la aplicación de la norma derogada, encontramos que el canon legal equivalente sería el artículo 20 del decreto con fuerza de ley del contrato de seguro antes identificado.

Por estas razones expuestas y con el debido acatamiento y respeto solicitamos de la Honorable Sala de Casación Civil, declare CON LUGAR el presente recurso...”.

Para decidir, la Sala observa:

Alega el formalizante la aplicación por la recurrida del artículo 568 del Código de Comercio, norma no vigente al momento de verificarse la decisión recurrida, por cuanto el Decreto en Fuerza de Ley del contrato de seguro, en vigencia desde el 12 de noviembre de 2001, fecha de la publicación en Gaceta Oficial No. 5553, la cual en la disposición Derogatoria Única estableció se derogan los artículos comprendidos entre el 548 y 611, ambos incluidos, del Código de Comercio vigente, y que la norma legal aplicable al caso sería el artículo 20 del referido decreto.

De la lectura del fundamento de la denuncia que se analiza, no se desprende de qué forma la recurrida infringió el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, lo que impide a esta Sala determinar si hubo o no la alegada violación.

De acuerdo, con lo señalado por el formalizante, de la lectura de la Gaceta

Oficial No. 5553 vigente desde el 12 de noviembre de 2001, en la disposición derogatoria, se establece:

“...Única. Se derogan los artículos comprendidos entre el 548 y 611 ambos incluidos, del Título XVIII, Libro Primero del Código de Comercio vigente a partir del 19 de diciembre de 1919, reformado parcialmente por leyes del 30 de julio de 1938, 17 de agosto de 1942, 19 de septiembre de 1942 y 23 de julio de 1955, publicado en la Gaceta Oficial Extraordinaria N° 475...”.

El artículo 568 del Código de Comercio, derogado por el referido decreto, prevé:

“Artículo 568.- El asegurado está obligado:

1° A declarar con sinceridad todas las circunstancias para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos.”

Es el caso, y así se hace constar en la propia recurrida, que la sociedad anónima Electrónica Andina contrató la póliza de seguro objeto del presente juicio con la empresa Seguros Lara C.A., en fecha 9 de junio de 1993, momento para el cual estaba vigente el artículo 568 del Código de Comercio, de lo que se infiere que esa era la norma que el juzgador superior debía aplicar para resolver la presente controversia.

Lo que no se puede pretender es que el juez superior aplique el artículo 20 del Decreto con fuerza de ley del contrato de seguro, que entró en vigencia desde el 12 de noviembre de 2001, a una situación que se llevó a efecto el 9 de junio de 1993, oportunidad en la que las partes suscribieron el contrato de póliza de seguro antes citado, pues los efectos de la nueva norma no pueden afectarlo debido al principio de ultraactividad de la ley derogada, que permite continuar cumpliendo el trámite conforme a ella o mantener situaciones procesales hasta su consolidación.

En consecuencia, con base en los razonamientos anteriores, la Sala declara improcedente la presente denuncia de infracción del artículo 568 del Código de Comercio, sustentada en que la misma se aplicó aun cuando no estaba vigente para la fecha en que se dictó la decisión impugnada. Así se decide.

A mayor abundamiento, la Sala considera pertinente resaltar que el artículo 20 del Decreto en Fuerza de Ley del contrato de seguro de la Gaceta Oficial N° 5553, prevé:

“Artículo 20.- El tomador, el asegurado o el beneficiario, según el caso, deberá:

1° Llenar la solicitud del seguro y declarar con sinceridad todas las circunstancias para identificar el bien o personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este Decreto Ley”.

Se colige de la nueva redacción dada al dispositivo contenido en el artículo 568 derogado, que corresponde al actual artículo 20 del referido decreto, que el legislador no elimina lo relativo a que “el asegurado declare con sinceridad las circunstancias necesarias para la identificación del bien”, pues, tanto el artículo derogado como el vigente establecen tal obligación del asegurado al momento de contratar el seguro.

En el presente caso, tenemos que el juez de la recurrida estableció que: “... Conforme a la norma transcrita, el asociado debe declarar la sinceridad de todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada. En el caso que nos ocupa, la demandante al contratar el seguro con la empresa demandada Seguros Lara C.A., omitió información respecto al contrato de arrendamiento con opción de compra, celebrado anteriormente con un tercero sobre los bienes objeto del contrato de seguro. Por lo tanto, no puede luego pretender la demandante obtener el pago de sumas de dinero derivadas de ese mismo contrato de seguro, ya que ella no dio cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 568 del Código de Comercio, antes

trascrito”, de lo que se deduce que a tenor de lo previsto en el artículo 568 del Código de Comercio, vigente para el momento de la contratación, la demandante omitió información respecto al bien asegurado, en cuanto al arrendamiento con opción de compra celebrado anteriormente con un tercero, aun cuando estaba obligada a declarar, en el momento de contratar la póliza, todas las circunstancias necesarias para la identificación del bien asegurado. Así se decide.

• • • • •

2004



TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.00088.

FECHA: 25 de febrero de 2004.

PARTES: Eusebio Jacinto Chaparro contra Seguros La Seguridad, C.A.

.....
TEMA: INTERÉS ASEGURABLE (FRAUDE DE LA ASEGURADORA)

Máxima: la empresa aseguradora pretende beneficiarse de su propia desidia, pues le correspondía verificar si el solicitante de la póliza tenía interés asegurable en el momento de la contratación, y en caso negativo, rechazarlo. Al no proceder de esta manera, tiene el deber de indemnizar a éste por el riesgo asumido, hasta tanto sea solicitada y declarada la nulidad de dicho contrato. Sostener el criterio opuesto, implicaría legitimar un fraude, pues la compañía podría celebrar contratos, a pesar de estar consciente de que no existe interés asegurable, y en cumplimiento de éste recibiría el pago de la o las primas respectivas, con la certeza de que en caso de siniestro, tendría bajo su manga la carta que le exime de responsabilidad.

EXTRACTO:

RECURSO POR INFRACCIÓN DE LEY

I

Con apoyo en el ordinal 2º del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el 320 eiusdem, el formalizante denuncia la infracción, por falsa aplicación, de los artículos 429, 340 ordinal 6º, 434 y 445 eiusdem.

En sustento de las pretendidas infracciones, el recurrente alega que el actor demandó el cumplimiento del contrato de seguro, y consignó con la demanda fotocopia simple del cuadro de la póliza de seguro y hoja de especificaciones, la relación de los bienes amparados y un anexo de la póliza en la cual la compañía aseguradora expresa que el inventario notariado será tomado en consideración.

Seguidamente, el recurrente indica que las fotocopias de los referidos documentos privados simples consignadas con el libelo, no tienen eficacia probatoria, pues este tipo de documentos deben ser presentados en original, y sólo pueden ser producidos en juicio fotocopias de documentos públicos o privados reconocidos o tenidos legalmente por reconocidos, de conformidad con lo previsto en el artículo 429 del Código de Procedimiento Civil.

Alega, que en el caso concreto dichos documentos constituyen los instrumentos fundamentales de la pretensión y, por tanto, sólo podían ser incorporados en el proceso con el libelo, por disposición del ordinal 6º del artículo 340 y 434 eiusdem.

Finalmente, agrega que dichas copias fueron desconocidas y no fue promovido el cotejo previsto en el artículo 445 del Código de Procedimiento Civil, lo que constituye una razón más que determina la ineficacia de estas pruebas.

La Sala observa:

El artículo 429 del Código de Procedimiento Civil dispone que sólo son admisibles las copias fotostáticas de documentos públicos o privados reconocidos o tenidos legalmente por reconocidos. En consecuencia, son ineficaces las fotocopias de documentos privados simples, los cuales deben ser incorporados al proceso en original, tal como lo ha expresado la Sala, entre otras, en decisiones de fecha 9 de agosto de 1991 (Julio César

Antúñez c/ Pietro Maccagnan Zanin); 9 de febrero de 1994 (Daniel Galvis Ruiz c/ Ernesto Alejandro Zapata).

Por otra parte, el ordinal 6º del artículo 340 del Código de Procedimiento Civil, dispone que son instrumentos fundamentales de la pretensión aquellos de los que se derive inmediatamente el derecho deducido, los cuales deben ser consignados con el libelo, lo que es reiterado en el artículo 434 eiusdem, el cual es aún más preciso, pues indica que no se admitirán después, salvo que en el libelo se haya indicado la oficina o lugar donde se encuentren, o sean de fecha posterior, o bien de fecha anterior, siempre que no hubiere tenido conocimiento de ellos.

Consta de la sentencia recurrida que el contrato de seguro fue celebrado bajo la vigencia del artículo 549 del Código de Comercio, el cual dispone:

“El seguro se perfecciona y prueba por un documento público o privado que se llama póliza...”.

La Sala estima que en estos casos la póliza es el instrumento fundamental de la pretensión de cumplimiento de un contrato de seguro, pues de dicho documento deriva inmediatamente la pretensión deducida, y por esa razón, debe ser consignada con la demanda en original, de conformidad con los artículos 429, 340 ordinal 6º y 434 del Código Civil, y de ser incorporado con posterioridad en el proceso, no podría tener eficacia probatoria.

No obstante, consta del escrito de contestación de la demanda que la aseguradora aceptó como cierto el hecho de que emitió la póliza N° 1-632003895, lo que constituye la admisión de la existencia de este documento y sus anexos, en los que la parte actora sustentó su pretensión, cuyo contenido es claramente detallado en el libelo, hechos estos que además fueron establecidos de forma expresa en el fallo de alzada, lo cual permite concluir que las pruebas examinadas por el juez superior, cuya ineficacia jurídica es invocada por el formalizante, se refieren a hechos no

controvertidos, los cuales no forman parte del debate probatorio y, por consiguiente, su apreciación en la sentencia recurrida para determinar hechos que fueron admitidos en el proceso, no podría en modo alguno influir de forma determinante en la suerte del mismo.

Las defensas de la demandada consistieron en su desacuerdo con los daños sufridos por causa del incendio y su estimación en dinero, y las excepciones alegadas estuvieron relacionadas con eximentes de responsabilidad por incumplimiento de las cláusulas del contrato de seguros, pero no existió controversia respecto de la existencia de la relación contractual.

La Sala se permite indicar que el desconocimiento y cotejo operan respecto del documento privado simple consignado en original, y no su copia fotostática, pues estos mecanismos procesales persiguen determinar la certeza legal de su autoría y la copia de éste es capaz de reproducir con exactitud los símbolos y signos que permitan establecer la autenticidad del documento original.

El mecanismo de control y contradicción de las fotocopias es diferente, pues la parte interesada puede impugnarlas y solicitar su confrontación con el original, siempre que se trate de documentos públicos o privados reconocidos o tenidos legalmente por reconocidos, como fue explicado con anterioridad.

Por ese motivo, la Sala declara improcedente la denuncia de infracción de los artículos 429, 340 ordinal 6º, 434 y 445 del Código de Procedimiento Civil. Así se establece.

II

De conformidad con lo previsto en el ordinal 2º del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, el formalizante denuncia la infracción, por falsa aplicación, de los artículos 19 y 548 del Código de Comercio, y por falta de aplicación, el artículo 552 ordinal 3º eiusdem, con base en que el juez de

alzada declaró sin lugar la falta de cualidad e interés opuesta por su representante en la contestación, a pesar de que la indemnización proveniente de un riesgo asegurado sólo puede ser solicitada por quien sufre el daño, y en el caso concreto, si bien la póliza tiene por beneficiario tanto al actor como a la empresa PINTURAS Y FONDOS EL SUPERIOR C.A., ésta última fue la que sufrió el accidente y los daños en bienes de su propiedad.

Por esa razón, el recurrente sostiene que sólo la referida compañía, que tiene personalidad jurídica propia y diferente, era la que podía proponer la demanda, y por ello el sentenciador superior ha debido declarar la falta de legitimación del actor.

Para decidir, se observa:

Consta de la sentencia recurrida el hecho de que Eusebio Jacinto Chaparro Gutiérrez contrató la póliza, y aparece como asegurado y beneficiario de la misma, lo que no fue atacado ni controvertido por el formalizante, quien centró sus argumentos defensivos en la circunstancia de que éste no tiene interés asegurable, por no ser propietario de las cosas objeto del contrato y, por ende, no tiene legitimación para proponer la demanda.

En relación con ello, la Sala estima que la empresa aseguradora pretende beneficiarse de su propia desidia, pues le correspondía verificar si el solicitante de la póliza tenía interés asegurable en el momento de la contratación, y en caso negativo, rechazarlo. Al no proceder de esta manera, tiene el deber de indemnizar a éste por el riesgo asumido, hasta tanto sea solicitada y declarada la nulidad de dicho contrato.

Sostener el criterio opuesto, implicaría legitimar un fraude, pues la compañía podría celebrar contratos, a pesar de estar consciente de que no existe interés asegurable, y en cumplimiento de éste recibiría el pago de la o las primas respectivas, con la certeza de que en caso de siniestro, tendría bajo su manga la carta que le exime de responsabilidad.

Por consiguiente, la Sala considera que por haber contratado la demandada con el actor, a quien aceptó como asegurado y beneficiario, hechos éstos que fueron establecidos en la sentencia de la alzada, cuya falsedad no fue alegada por el recurrente, es lógico concluir que sí tiene legitimación para proponer la demanda.

En consecuencia, se declara improcedente las denuncias de infracción de los artículos 19, 548 y 552 ordinal 3° del Código de Comercio. Así se decide.

.....
TEMA: AJUSTE DE PÉRDIDA (VALOR PROBATORIO EN JUICIO)

Máxima: el ajuste de pérdidas sólo puede ser practicado por personas previamente autorizadas por el Ministerio de Hacienda, a través de la Superintendencia de Seguros, de conformidad con lo previsto en los artículos 2 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y 1° de su Reglamento, la cual requiere la previa demostración de que el solicitante tiene una experiencia mínima de tres años como ajustador de pérdidas auxiliar, o de que ha efectuado estudios sobre la materia o tiene los conocimientos prácticos que, a juicio de la Superintendencia de Seguros, sea suficiente para considerar que está calificado o capacitado profesionalmente en determinados ramos de seguros, de conformidad con lo previsto en el artículo 177 del Reglamento General de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Máxima: la Superintendencia de Seguros en dictamen N° 14, proferido en el año 1999, estableció que “...no existen garantías del mérito probatorio que se le pueda asignar al mencionado ajuste... ya que tales aspectos

quedan sujetos a la valoración del juez que conozca del asunto...”.

EXTRACTO:

Por esa razón, la Sala expresamente abandona los expresados criterios y retoma el anterior, de conformidad con el cual el documento emanado de tercero, formado fuera del juicio y sin participación del juez ni de las partes procesales, no es capaz de producir efectos probatorios. Estas declaraciones hechas por el tercero que constan en dicho documento, sólo pueden ser trasladadas al expediente mediante la promoción y evacuación de la prueba testimonial, que es la única formada en el proceso, con intermediación del juez y con la posibilidad efectiva de control y contradicción, en cuyo caso, por referirse el testimonio a su contenido, de ser ratificado, las declaraciones pasan a formar parte de la prueba testimonial, las cuales deben ser apreciadas por el juez de conformidad con la regla de valoración prevista en el artículo 508 del Código de Procedimiento Civil.

Ahora bien, cabe advertir que en el caso concreto no se trata de un documento negocial emanado de tercero, sino de un informe técnico o pericial extraprocesal.

En efecto, el ajuste de pérdidas contiene las declaraciones de conocimiento emitidas por expertos sobre hechos percibidos por ellos y su valoración técnica, la cual consta por escrito en respuesta al requerimiento de una o ambas partes, de forma anticipada al juicio. El fin perseguido es la comprobación del siniestro, las posibles causas, los daños sufridos y su valoración en dinero.

El ajuste de pérdidas sólo puede ser practicado por personas previamente autorizadas por el Ministerio de Hacienda, a través de la Superintendencia de Seguros, de conformidad con lo previsto en los artículos 2 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y 1º de su Reglamento.

La concesión de la referida autorización requiere la previa demostración de que el solicitante tiene una experiencia mínima de tres años como ajustador de pérdidas auxiliar, o de que ha efectuado estudios sobre la materia o tiene los conocimientos prácticos que, a juicio de la Superintendencia de Seguros, sea suficiente para considerar que está calificado o capacitado profesionalmente en determinados ramos de seguros, de conformidad con lo previsto en el artículo 177 del Reglamento General de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Cabe advertir que si bien la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros fue modificada mediante Decreto Presidencial N° 1.545, reimpreso por error material en Gaceta Oficial N° 5.561, extraordinaria, de fecha 28 de noviembre de 2001, sus efectos fueron suspendidos en sentencia dictada por la Sala Constitucional en fecha 18 de septiembre de 2002, lo cual determinó la aplicación y vigencia de las normas referidas precedentemente.

Ahora bien, este informe técnico extraprocesal, por el hecho de estar documentado, no trasmuta su esencia para adquirir la del medio que es capaz de representarlo históricamente, pues su naturaleza está determinada por las declaraciones de conocimiento que dicho instrumento contiene.

Sin embargo, no existe norma especial que regule la eficacia jurídica del ajuste de pérdidas. En relación con ello, la Superintendencia de Seguros en dictamen N° 14, proferido en el año 1999, estableció que “...no existen garantías del mérito probatorio que se le pueda asignar al mencionado ajuste... ya que tales aspectos quedan sujetos a la valoración del juez que conozca del asunto...”.

Resulta de importante consideración, la opinión sostenida en la doctrina respecto de este tipo de dictámenes periciales, rendidos sin intervención de un funcionario judicial, fuera del proceso, y sin diligencia previa, mediante encargo privado de la persona interesada y por experto escogido por ésta.

En este orden de ideas, es oportuno considerar el criterio sostenido por Devis Echandía, de acuerdo con el cual “...Este dictamen vale como testimonio, en cuanto a la relación de hechos verificados por expertos en el desempeño del encargo privado, siempre que se entienda que debe ser ratificado, con las formalidades legales del testimonio judicial, en el curso del proceso, en cuyo caso tiene valor de testimonio técnico, y en modo alguno le otorga valor probatorio al dictamen extraprocesal...”. (Teoría General de la Prueba Judicial, Tomo 2, 356 a 358).

En igual sentido, Jesús Eduardo Cabrera Romero sostiene que “...El dictamen extraprocesal escrito es un documento en sentido genérico, pero en particular, es una pericia, la cual para que tenga fuerza de tal, según el CPC, debe ser ordenada y evacuada en juicio, y sólo así el juez podrá valorarla por la sana crítica. Si estos dictámenes extraprocesales se pretenden hacer valer en una causa, a quienes los hicieron habrá que promoverlos como testigos, a fin de que los ratifiquen o no como parte de su testimonio...”. (Contradicción y Control de la Prueba Legal y Libre. Tomo I. Pág. 321).

La Sala comparte los anteriores criterios doctrinales, y en consecuencia, deja sentado que el informe técnico o pericial es documento en sentido amplio, y por esa razón debe ser ratificado en el juicio de conformidad con lo previsto en el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil, en cuyo caso la prueba que se forma en el proceso es la testimonial. Por cuanto el informe técnico queda comprendido en el testimonio, respecto del que las partes pueden interrogar y repreguntar, el contenido de éste pasa a integrar la prueba testimonial formada en el proceso, por lo que ambos –informe e interrogatorio- deben ser apreciados de acuerdo con lo previsto en el artículo 508 del Código de Procedimiento Civil.

Hechas estas precisiones, la Sala observa que en el caso concreto fue incorporado al proceso el informe técnico o pericial extralitem, rendido por AJUSTES TÉCNICOS ALPORT C.A., el cual fue oportunamente ratificado en el juicio por dos de sus firmantes, esto es: (Carlos Tomás Altuna Porras

y Luis Eduardo Altuna), todo ello de conformidad con lo previsto en el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil.

De igual forma, en el proceso fue promovida la prueba de informe con el propósito de requerir a Ajustes Técnicos Alport C.A., explicación sobre los hechos que presenciaron y sobre los cuales declararon en el documental pericial.

Respecto de estas pruebas, el juez de alzada estableció:

“...Las partes promovieron en sus respectivos escritos de pruebas, la prueba de informes a los fines de solicitar, al Cuerpo Técnico de Policía Judicial, a los Bomberos de los Municipios Guacara, Mariara y San Joaquín, todos del estado Carabobo, así como a la empresa AJUSTES TECNIOSCOS ALPORT C.A., informe pericial, respecto de los hechos controvertidos en el presente juicio, inherentes a sí la empresa beneficiaria de la póliza de seguros cumplió o no con las normas de seguridad que debía proveer al local donde funcionaba la empresa, y a lo cual por otra parte se encontraba obligada según el artículo 7 del anexo de Responsabilidad Civil derivada de Incendios, antes mencionado.

El Tribunal, en ese sentido considera que los informes cursantes en autos rendidos por los organismos antes mencionados, son de eminente carácter técnico, por lo cual este Juzgador debe analizarlos a la luz de lo establecido en la normativa procesal que regula el análisis de las experticias, pues ellas constituyen en sí informes periciales.

En este sentido el artículo 467 del Código de Procedimiento Civil, establece que:

EL DICTAMEN DE LOS EXPERTOS...(OMISSIS)... DEBERA CONTE-
NER POR LO MENOS, DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LO QUE FUE

OBJETO DE LA EXPERTICIA, METODOS O SISTEMAS UTILIZADOS EN EL EXAMEN Y LAS CONCLUSIONES A LAS QUE HAN LLEGADO LOS EXPERTOS.

Es decir, según el artículo transcrito, el informe pericial debe contener una serie de datos que ilustren detalladamente al juez, -en razón de que éste no cuenta con los conocimientos periciales requeridos-, a fin que el juez pueda de conformidad con lo relatado por los expertos en sus informes, inclinarse a favor de una u otra posición mantenida por los contendores dentro del proceso, y en todo caso, siempre queda facultado el Juez, por ser el detentador del poder jurisdiccional que le DIMANA del estado, para escoger o adherirse, según su criterio, al informe que revele de manera más clara y contundente la verdad de los hechos controvertidos en la litis.

Así las cosas, este Tribunal al analizar el informe de la empresa AJUSTES TÉCNICOS ALPOR, encuentra en primer lugar que la referida empresa emite una serie de opiniones, que van desde el señalamiento de supuestas irregularidades en los libros contables de la empresa PINTURAS Y FONDOS EL SUPERIOR C.A., hasta el señalamiento de que las resinas y demás materiales que se vieron afectados por el incendio ocurrido en la sede de la empresa se encontraban vencidas, conclusión a la que arriba el ciudadano CARLOS ALTUNA, sin la menor explicación o señalamiento, con respecto a la utilización de algún método científico-técnico específico, en virtud del cual y en honor a la ciencia, el ajustador de pérdidas antes mencionado, concluya en las opiniones que vertió en el informe bajo examen.

Por ello, este Tribunal considera que dicho informe no llena en lo mas mínimo, alguna de las exigencias legales que el legislador a contemplado, con referencia a lo que debe contener un informe pericial para que sea tomado en cuenta de manera absoluta por

parte del sentenciador, por lo cual esta alzada desecha de manera absoluta el informe en comento y así se decide.

Igualmente el Tribunal observa que las declaraciones testimoniales de los ciudadanos CARLOS ALTUNA, LUIS EDUARDO ALTUNA Y JORGE ALTUNA, de los cuales sólo declararon los dos primeros, fueron promovidas con el objeto de ratificar en juicio el contenido del informe pericial anteriormente analizado, pero como este Tribunal ha desechado el referido informe, considera el Tribunal inoficioso entrar a analizar las declaraciones de los testigos antes mencionados, por cuanto las mismas fueron promovidas con el objeto de ratificar el informe que ya ha sido desechado por esta alzada y así se decide. En cuanto a los testigos promovidos tanto por la actora como por la demandada, que no acudieron a juicio a rendir sus respectivas declaraciones, este Tribunal declara que no tiene materia sobre la cual decidir...”.

De la precedente transcripción se evidencia que el juez de alzada confundió el informe pericial extralitem, que fue ratificado por dos de sus autores mediante testimonio, con el otro formado en el proceso por requerimiento del juez, de conformidad con lo previsto en el artículo 433 del Código de Procedimiento Civil, pues concluyó que este último no reunía los requisitos previstos en la ley y, por ende, no tenía eficacia probatoria. Por esta razón consideró inútil examinar los testimonios rendidos en el proceso con el único propósito de ratificar dicho informe.

En relación con ello, la Sala establece que se trata de dos pruebas distintas: La prueba de informes prevista en el artículo 433, y las testimoniales rendidas por Carlos Altuna y Luis Eduardo Altuna, mediante las cuales ratificaron el informe técnico o pericial extralitem formado por encargo de una de las partes, y no del tribunal. Esta última -documento e interrogatorio- debe ser examinada en su conjunto como integrante de una única prueba de naturaleza testimonial rendida por personas calificadas, quienes tienen conocimientos especiales relacionados con los hechos contro-

vertidos, la cual debe ser apreciada de conformidad con lo previsto en el artículo 508 del Código de Procedimiento Civil, el cual fue infringido por el juez de alzada por falta de aplicación.

Por consiguiente, no son aplicables respecto de este informe técnico o pericial extralitem, los artículos 451 del Código de Procedimiento Civil, y 1.363 y 1.368 del Código Civil, referidos a la eficacia de la experticia y del documento, respectivamente, como erróneamente fue considerado por el Juez Superior.

Asimismo, por no haber valorado los testimonios rendidos por Carlos Altuna y Luis Eduardo Altuna, mediante las cuales ratificaron el informe técnico o pericial extralitem rendido por ellos, considera la Sala que el Juez de la recurrida infringió el artículo 509 del Código de Procedimiento Civil.

Por consiguiente, la Sala declara procedente la denuncia de infracción de los artículos 451, 12, 508, 509 del Código de Procedimiento Civil, y 1.363 y 1.368 del Código Civil. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala Política Administrativa.

SENTENCIA: 01087.

FECHA: 18 de agosto 2004.

PARTES: Inversión Unión Nacional C.A., contra Ministerio de Finanzas.

.....

TEMA: ACTIVIDAD COMERCIAL EQUIVALENTE A LA
VENTA DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE
VEHÍCULO

Máxima: sólo las empresas de seguros debidamente autorizadas por la Superintendencia de Seguros podrán emitir pólizas o contratos que pretendan cubrir los da-

ños ocasionados por los conductores y/o propietarios de vehículos a terceras personas.

Máxima: el hecho de que el contrato administrativo de R.C.V. que celebra Inversión Unión Nacional, C.A. con sus clientes sea bilateral, oneroso, aleatorio, de tracto sucesivo y de carácter indemnizatorio, no implica necesariamente que tenga naturaleza equivalente al contrato de seguros, pues existen contratos distintos al contrato de seguros con idénticas características, entre ellos la mutualidad, la cual, no tiene precisamente naturaleza de actividad aseguradora a tenor de lo dispuesto en la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Máxima: conforme ha indicado Devis Echandía, con relación al dictamen de un experto, “...Este dictamen vale como testimonio, en cuanto a la relación de hechos verificados por expertos en el desempeño del encargo privado, siempre que se entienda que debe ser ratificado, con las formalidades legales del testimonio judicial, en el curso del proceso, en cuyo caso tiene valor de testimonio técnico, y en modo alguno le otorga valor probatorio al dictamen extraprocesal...”. (Teoría General de la Prueba Judicial, Tomo 2, 356 a 358).

Máxima: a criterio de la Sala de Casación Civil, el informe técnico o pericial es documento en sentido amplio, y por esa razón debe ser ratificado en el juicio de conformidad con lo previsto en el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil, en cuyo caso la prueba que se forma en el proceso es la testimonial. Por cuanto el informe técnico queda comprendido en el testimonio, respecto del que las partes pueden interrogar y repreguntar, el contenido de éste pasa a integrar la prueba

testimonial formada en el proceso, por lo que ambos –informe e interrogatorio- deben ser apreciados de acuerdo con lo previsto en el artículo 508 del Código de Procedimiento Civil.

EXTRACTO:

Observa la Sala, que lo dispuesto por la providencia administrativa impugnada al respecto, fue lo siguiente:

“(…)En cuanto al contrato administrativo (sic) de R.C.V. “Responsabilidad Civil Básica para vehículos”, se pudo constatar que la empresa ofrece las coberturas de gastos por daños ocasionados a terceros como consecuencia de accidentes de tránsito, según lo dispuesto en la Ley de Tránsito Terrestre, también se denota que dicho contrato establece un término de duración de un (1) año a partir del momento en que se ha recibido el monto del pago correspondiente.

Es oportuno señalar que el artículo 54 de la Ley de Tránsito Terrestre dispone lo siguiente: “El conductor, el propietario y su empresa aseguradora” están solidariamente obligados a reparar todo daño material que se causa con motivo con motivo de la circulación del vehículo, a menos que se pruebe que el daño proviene de un hecho de la víctima o de un tercero que haga inevitable el daño o el accidente hubiese sido imprevisible para el conductor...”

(...omissis...)

Vista la normativa anteriormente citada y las disposiciones establecidas en los contratos que suscribe la empresa recurrente, esta alzada interpreta al concatenar la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros con la Ley de Tránsito Terrestre, que sólo las empresas de seguros debidamente autorizadas por la Superintendencia de Seguros podrán emitir pólizas o contratos que pretendan cubrir los daños ocasionados por los conductores y/o propietarios de vehícu-

los a terceras personas(...)".

La norma citada en la Resolución Ministerial impugnada, se encuentra prevista en la Ley de Tránsito Terrestre de fecha 09 de agosto de 1996, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 5.085 Extraordinaria, de esa misma fecha, vigente para el momento en que se constituyó la compañía anónima demandante; ahora bien, advierte la Sala, que si de la lectura de dicho artículo no queda suficientemente claro que, como estableció la resolución impugnada, "...sólo las empresas de seguros debidamente autorizadas por la Superintendencia de Seguros podrán emitir pólizas o contratos que pretendan cubrir los daños ocasionados por los conductores y/o propietarios de vehículos a terceras personas...", el examen de otras normas del mismo texto legal no dejan duda de ello; en efecto, disponen los artículos 57 y 58 de la aludida Ley de Tránsito Terrestre:

"Artículo 57. La Póliza de Responsabilidad Civil a que se refiere el artículo anterior podrá establecer la opción de que las partes aseguradas suscriban una declaración conjunta, mediante formatos que al efecto suministren las empresas aseguradoras, a objeto de levantar el accidente sin la intervención de las autoridades competentes, dentro de los montos que a tales fines establezca la "Superintendencia de Seguros(...)". (Resaltado de la Sala)

"Artículo 58. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, el Ministerio de Transporte y Comunicaciones deberá informar a la Superintendencia de Seguros las denuncias contra aquellas empresas de seguros, que incumplieren las obligaciones contraídas en las Pólizas de Responsabilidad Civil de Vehículos, o condicionen la contratación de las Pólizas, para que se apliquen las sanciones o medidas administrativas contempladas en dicha Ley." (Resaltado de la Sala)

De la lectura de las normas parcialmente transcritas supra queda evidenciado que, como expresara la providencia administrativa recurrida, y se reitera, "...sólo las empresas de seguros debidamente autorizadas por la

Superintendencia de Seguros podrán emitir pólizas o contratos que pretendan cubrir los daños ocasionados por lo conductores y/o propietarios de vehículos a terceras personas...”; en tal virtud, resulta improcedente el alegado vicio de falso supuesto a este respecto, y así se declara.

2. Asimismo aduce, que el hecho de que el contrato administrativo de R.C.V. que celebra Inversión Unión Nacional, C.A. con sus clientes sea bilateral, oneroso, aleatorio, de tracto sucesivo y de carácter indemnizatorio, no implica necesariamente que tenga naturaleza equivalente al contrato de seguros, pues existen contratos distintos al contrato de seguros con idénticas características, entre ellos la mutualidad, la cual, según afirmó, no tiene precisamente naturaleza de actividad aseguradora a tenor de lo dispuesto en la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Advierte la Sala, que la definición y las características del contrato de seguro se encuentran previstas en los artículos 5º y 6º del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, de fecha 30 de octubre de 2001, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 Extraordinario, de fecha 12 de noviembre de 2001, respectivamente. Rezan las citadas normas:

“Artículo 5º. El contrato de seguro es aquél en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, el asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza.

Las disposiciones del contrato de seguro se aplicarán a los convenios mediante los cuales una persona se obliga a prestar un servicio o a pagar una cantidad de dinero en caso de que ocurra un acontecimiento futuro e incierto y que no dependa exclusivamente

de la voluntad del beneficiario a cambio de una contraprestación, siempre que no exista una ley especial que los regule.”

“Artículo 6°. El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso aleatorio, de buena fe y de ejecución sucesiva.”

Así, observa la Sala que los contratos que dice celebrar la sociedad de comercio recurrente, reúnen características idénticas a las que la Ley otorga al contrato de seguro y encuadran perfectamente dentro de la definición que hace el citado texto normativo.

Por tanto, no encuentra esta Sala fundamentos consistentes que hagan presumir que se trata de contratos distintos del contrato de seguros, pues la mutualidad a que alude la parte actora, no puede ser considerada como una “tipología” de contrato, pues la misma, conforme a la doctrina, está referida al conjunto de principios técnicos que tienen por objeto la repartición de pagos entre numerosos coobligados, con lo cual habrá de asentirse que es la base de todo seguro; ó a la asociación de seguros que pretende eliminar el lucro de las empresas mercantiles, siendo sus miembros, a la vez, asegurados y aseguradores, distribuyendo las indemnizaciones en formas iguales o proporcionales, según las normas o estatutos, mediante una módica cuota que incluye los riesgos y los estrictos gastos de administración, cuya actividad y funcionamiento está reservada a la regulación mediante leyes especiales, a tenor de lo dispuesto en el parágrafo único del artículo 5° de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994 (Publicada en la Gaceta Oficial N° 4.882 Extraordinario, de fecha 23 de diciembre de 1994, cuya modificación fue publicada en la Gaceta Oficial N° 4.865 Extraordinario, de fecha 08 de marzo de 1995), pero cuyo control no escapa del todo del ámbito de actuación de la Superintendencia de Seguros, según previsión de la misma norma.

En tal sentido, es claro que al implicar el elemento lucrativo, circunstancia reconocida por la propia demandante, no puede decirse que la actividad desarrollada por aquélla encuadre dentro de la noción de mutualidad en puridad de conceptos, sino que se trata efectivamente, de una actividad

aseguradora equivalente al contrato de seguros, que simplemente procura evadir la inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control que sobre la misma debe tener por imperativo legal la Superintendencia de Seguros.

Por tal razón, resulta igualmente improcedente el alegado vicio de falso supuesto en este sentido. Así se declara.

3. Insiste la recurrente en afirmar que la providencia recurrida incurre en falso supuesto de hecho, en razón de que dispuso que Inversión Unión Nacional, C.A. no había aportado elementos que permitieran desvirtuar la infracción del artículo 2º de la Ley de Seguros y Reaseguros, limitándose a exponer que los contratos celebrados con sus clientes, cubren los daños ocasionados a terceros en los casos en que ha intervenido la autoridad administrativa de tránsito; cuando por el contrario, Inversión Unión Nacional, C.A. sí alegó un hecho que le favorecía y que no fue objeto de pronunciamiento de la Administración.

La defensa en cuestión se basó en la afirmación de que los contratos que celebra la Sociedad de Comercio “Inversión Unión Nacional, C.A.” escapan de la categoría de contratos de seguros en razón de que tratan de la administración de fondos creados con la contribución o aporte mensual de un conjunto de sujetos jurídicos cohesionados jurídicamente por la obligación recíproca de cada uno respecto a la cobertura del detrimento patrimonial sufrido por alguno o algunos de ellos, con ocasión de accidentes de tránsito en los que estuvieren éstos involucrados.

La Sala, conteste con los argumentos expuestos por la Administración emisora del acto impugnado, estima que el alegato esgrimido en el escrito recursivo, nada aporta en defensa de la recurrente, con relación a la inobservancia del artículo 2º de la Ley de Empresa de Seguros y Reaseguros de 1994 (Publicada en la Gaceta Oficial N° 4.882 Extraordinario, de fecha 23 de diciembre de 1994, cuya modificación fue publicada en la Gaceta Oficial N° 4.865 Extraordinario, de fecha 08 de marzo de 1995) que se

le imputa, pues se limita a definir qué tipo de actividad desarrolla, sin lograr desvirtuar que se trate de una actividad propia de una empresa de seguros. Así, debe la Sala desestimar también, el presunto falso supuesto en cuanto a este punto. Así se declara.

4. Finalmente, alega la parte actora que el acto impugnado está viciado de falso supuesto, en razón de que la Administración hizo extensible a toda su actividad el carácter de aseguradora, sobre la consideración aislada de que los contratos de RCV celebrados con sus clientes eran verdaderos contratos de seguro; a tal efecto adujo, que la decisión administrativa estuvo fundada en el análisis de una sola de las actividades que llevaba a cabo, y que de ser cierto que esa fuese aseguradora, no implicaba necesariamente que el resto de las que desarrollase lo fueran.

Al catalogar la actividad desarrollada por la parte actora, dispuso la resolución impugnada, lo siguiente:

“(...)Vista la normativa anteriormente citada y las disposiciones establecidas en los contratos que suscribe la empresa recurrente, esta alzada interpreta al concatenar la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros con la Ley de Tránsito Terrestre, que sólo las empresas de seguros debidamente autorizadas por la Superintendencia de Seguros podrán emitir pólizas o contratos que pretendan cubrir los daños ocasionados por los conductores y/o propietarios de vehículos a terceras personas, aunado a esto se puede observar que el contrato en cuestión inserto al expediente folios (9, 10, 11), cumple con las mismas características del contrato de seguros, es bilateral, oneroso, aleatorio, de tracto sucesivo y, principalmente, de carácter indemnizatorio. Razón por la cual, una vez analizado el contrato en referencia, se puede aseverar que la actividad que realiza la empresa “Inversión Unión Nacional, C.A.”, es aquella reservada por la Ley que rige la materia a las compañías aseguradoras. (...)”.

Para la Sala, es obvio del contexto de la providencia administrativa recu-

rrida, que la actividad sancionada por infringir el artículo 2º de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994 (Publicada en la Gaceta Oficial N° 4.882 Extraordinario, de fecha 23 de diciembre de 1994, cuya modificación fue publicada en la Gaceta Oficial N° 4.865 Extraordinario, de fecha 08 de marzo de 1995), es la emisión de pólizas de Responsabilidad Civil de Vehículos por parte de la sociedad de comercio Inversión Unión Nacional, C.A., y no la totalidad de las actividades desarrolladas por la recurrente, en caso de que existieran, lo cual desconoce la Sala. En tal virtud, se desecha igualmente la denuncia de falso supuesto a este respecto. Así se declara.

Demostrada la improcedencia del alegado vicio de falso supuesto, debe la Sala forzosamente, declarar sin lugar el presente recurso de nulidad. Así finalmente se declara.

• • • • •

2005



TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RNyC.00258.

FECHA: 19 de mayo de 2005.

PARTES: Paltex, C.A. contra Almacenadora la Guaira, C.A. y Otra.

.....
TEMA: LUCRO CESANTE EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: en el caso que se estudia, el juez superior declaró procedente el lucro cesante por considerar que la pérdida de la máquina importada como consecuencia del siniestro ocurrido en el depósito de Almacenadora La Guaira C.A. imposibilitó a la sociedad mercantil accionante a cumplir los objetivos y metas propuestas y proyectadas a futuro en cuanto a la actividad productiva y de comercialización que desempeña con la madera.

EXTRACTO:

La Sala pasa a analizar en conjunto la primera y segunda denuncia contenidas en el escrito de formalización, en las cuales, de conformidad con el ordinal 2º del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, la recurrente denuncia la infracción del artículo 1.273 del Código Civil, por errónea interpretación y falsa aplicación, respectivamente.

Señala la formalizante que la decisión dictada por el ad quem implica que la alzada interpretó el artículo 1.273 del Código Civil de la siguiente manera:

“...La pérdida de la máquina importada y dañada como consecuencia del siniestro ocurrido, fácil es colegir, constituye una causa evidente de imposibilidad en el cumplimiento del objeto, objetivos y metas propuestas y proyectadas para llevar a cabo la actividad productiva y de comercialización del producto obtenido en el pro-

ceso de producción en el que se utilizaría la máquina importada, lo cual genera la pérdida de una utilidad dejada de percibir como consecuencia de la imposibilidad de llevar a cabo el proceso de producción ante la pérdida de la máquina que ejecuta esa producción. No puede, entonces, hablarse en el presente caso de mera expectativa de lucro cesante ni de pérdida de oportunidad de obtener ganancias sino del resultado cierto y probable que se obtendría si los hechos contemplados en los planos debidamente desarrollados hubiesen concretado de acuerdo a las circunstancias que antecieron la pérdida de la maquinaria, razones estas que llevan a este Juzgador a considerar procedente el reclamo de indemnización del daño material causado por concepto de lucro cesante, y así se declara...”.

Plantea que dicha interpretación no es acorde con el texto legal denunciado, ya que “...nuestro Código ordena la reparación de los daños y perjuicios que en la clasificación doctrinaria se conocen como lucro cesante y como daño emergente. La mención legislativa a la pérdida que haya sufrido el acreedor, constituye la referencia al daño emergente, y cuando menciona a la utilidad de que se le haya privado, se está refiriendo al lucro cesante..., y en cuanto al daño resarcible sólo se logra establecer mediante tres normas íntimamente vinculadas, la primera referida a la extensión del daño resarcible (artículo 1.273 C.C.), y las dos siguientes (artículos 1.274 y 1.275 del C.C.) ...rozan respectivamente una cuestión de calificación de la conducta del incumpliente y del nexo de causalidad entre el acto anti-jurídico y el evento dañoso....

El recurrente señala que no obstante la amplitud de que goza el juez en la apreciación del daño, debe ceñirse a los mandamientos de los artículos 1.274 y 1.275 del Código Civil, según los cuales precisa atender en esta materia a la culpa y al dolo del deudor, a los daños previstos e imprevistos, y a las consecuencias inmediatas y mediatas, directas e indirectas de la falta de cumplimiento.

Indica, que en el caso que se estudia el juez superior “...desnaturalizó el contenido y alcance del artículo 1.273 del Código Civil, tanto en el supuesto de hecho como en las consecuencias jurídicas que él contiene, pues al establecer si el daño por lucro cesante reclamado se produjo y su eventual cuantía, hace referencia a un lucro cesante que no alude a una pérdida cierta, sino más bien a una simple eventualidad de una pérdida, a una mera probabilidad de lucro, a simples posibilidades. Mucho menos alude a los daños contractuales previstos y previsibles, ciertos, determinados y determinables por las partes. Así, en su sentencia no establece verazmente unos perjuicios ciertos, sino más bien se refiere a unos daños hipotéticos, conjeturales o eventuales, pues se atiende acriticamente a la experticia ordenada por el juez a quo mediante auto para mejor proveer de fecha 8 de junio de 1999 y, rendida por el ciudadano Otto Hernann Vezga, titular de la cédula de identidad N° 3.556.325, designado a tal fin, en fecha 21 de junio de 1999; que en sustancia se trata de un estudio de proyecciones económicas del negocio de la demandante, como el mismo lo indica en su texto...”.

La Sala para decidir observa:

Denuncia la formalizante que el juez superior no estableció verazmente en el fallo los perjuicios ciertos que se causaron a la accionante, sino más bien se refirió a unos “daños hipotéticos, conjeturales o eventuales”, con lo cual infringió lo establecido en el artículo 1.273 del Código Civil.

Este Alto Tribunal acoge la transcripción de la sentencia recurrida realizada en el primer recurso de nulidad para resolver la presente denuncia.

Establece la norma denunciada como infringida lo siguiente:

“...Artículo 1.273: Los daños y perjuicios se deben generalmente al acreedor, por la pérdida que haya sufrido y por la utilidad de que se le haya privado, salvo las modificaciones y excepciones establecidas a continuación...”.

Estatuye la norma transcrita, que los daños y perjuicios se estiman con arreglo a la pérdida sufrida por el acreedor y a la utilidad que se le haya privado, pues la inejecución de la obligación puede hacer sufrir al acreedor una pérdida y además impedirle obtener una ganancia, provecho o beneficio; por tanto, la parte que ha violado el contrato o no ha podido cumplirlo deberá pagarle una suma de dinero a la otra como reparación de los daños y perjuicios causados (indemnización), la cual debe comprender dos elementos: el daño emergente y el lucro cesante.

La Sala, en una sentencia de vieja data aplicable al caso que se estudia, estableció que “...Determina el Art. 1.273 en qué consisten, generalmente, los daños y perjuicios que se deben al acreedor, y son la pérdida que haya sufrido y la utilidad de que se le haya privado, esto es, lo que en doctrina se llama daño emergente y lucro cesante, respectivamente. Por otra parte, la doctrina y jurisprudencia exige que los daños y perjuicios se hayan causado efectivamente, es decir, que sean ciertos y determinados o determinables, no bastando con una simple eventualidad sin base o fundamento en la realidad de las cosas, por lo cual es deber de los jueces examinar cada caso en particular para ver si ha habido daño propiamente dicho (emergente) o la utilidad o ganancia de que se le haya privado; deben ser siempre perjuicios ciertos y no hipotéticos, conjeturales o eventuales, y, además, estar probados...”. (Negritas de la Sala). (JTR 12-11-59. Vol. VII, Tomo II, p. 683).

En el caso que se estudia, el juez superior declaró procedente el lucro cesante por considerar que la pérdida de la máquina importada como consecuencia del siniestro ocurrido en el depósito de Almacenadora La Guaira C.A. imposibilitó a la sociedad mercantil accionante cumplir los objetivos y metas propuestas y proyectadas a futuro en cuanto a la actividad productiva y de comercialización que desempeña con la madera.

Asimismo, estableció la recurrida que era procedente el lucro cesante demandado, por cuanto el siniestro ocurrido en el almacén de la demandada generó la pérdida de utilidad de la máquina por un período de cinco meses reflejada en dinero.

El juez superior estableció procedente el daño emergente con arreglo en lo siguiente:

“...Habiendo establecido el experto los métodos para el cálculo parcial de cada rubro, nada obsta para que este sentenciador utilice esos mismos métodos para, mediante una simple operación aritmética pues dicho cálculo no implica el desarrollo o ejercicio de algún conocimiento técnico especial o experticia que amerite el auxilio de la prueba pericial, establezca en definitiva el monto del lucro cesante o ganancia dejada de percibir durante un período de cinco (5) meses. Para ello toma en consideración, para determinar la capacidad total de promoción de metros cúbicos de madera de paleta, la cantidad de quinientos setenta metros cúbicos de producción mensual y lo multiplica por los cinco meses, obteniendo así un resultado total de producción de dos mil ochocientos cincuenta metros cúbicos de madera de paleta durante los cinco meses. Para determinar el ingreso bruto que se obtendría por esa producción, procede a multiplicar el precio promedio de cada metro cúbico, doscientos sesenta mil bolívares, por la producción total de metros cúbicos, dos mil ochocientos cincuenta, lo que trae un resultado de costo de producción, tomando en consideración la sumatoria de todos los costos individuales de producción por metro cúbico de madera, ciento veintiséis mil ochocientos bolívares, y el incremento de un veinte por ciento al final del período de cinco meses y que alcanza a un veinte por ciento, se tendría que para el quinto mes de producción el costo se vería aumentado a la cantidad resultante de incrementar el costo de producción de metro cúbico en un veinte por ciento, es decir, ciento veintiséis mil ochocientos bolívares por un punto dos, lo cual da un resultado de ciento cincuenta y un mil doscientos bolívares como costo de producción de metros cúbicos de madera incrementado. Para obtener la media debe sumarse ambas cantidades, es decir, ciento veintiséis mil ochocientos más ciento cincuenta y un mil doscientos, lo que resulta en doscientos

setenta y ocho mil, que dividido entre dos da una media de ciento treinta y nueve mil bolívares como costo de producción por metro cúbico. Esta última cantidad, de ciento treinta y nueve mil bolívares, multiplicada por el monto de metro cúbicos, dos mil ochocientos cincuenta, que está en capacidad la máquina de producir durante los cinco meses, resulta en un costo total de trescientos setenta y tres millones trescientos cincuenta mil bolívares.

Ahora bien, siguiendo el mismo método señalado por el experto, SE DETERMINA EL MONTO TOTAL DE LA GANANCIA DEJADA DE PERCIBIR MEDIANTE LA SUSTRACCIÓN DEL COSTO TOTAL DE PRODUCCIÓN DEL INGRESO BRUTO, ES DECIR, SETECIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES DE BOLÍVARES MENOS TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL BOLÍVARES, QUE RESULTA EN UNA CANTIDAD DE TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL BOLÍVARES POR CONCEPTO DE LUCRO CESANTE O GANANCIA DEJADA DE PERCIBIR POR LA EMPRESA MERCANTIL, PALTEX, C.A., COMO CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA E IMPOSIBILIDAD DE UTILIZAR LA MÁQUINA SINIESTRADA EN EL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE PRODUCTOS DE MADERA, QUE CONSTITUYÓ SU OBJETO SOCIAL, y así expresamente lo declara este tribunal de alzada. Todo lo cual representa el monto que será condenado a pagar por concepto de lucro cesante en el dispositivo del presente fallo...”.

De la anterior transcripción se evidencia que el ad quem estableció respecto del daño emergente que la actora había sufrido ciertamente la pérdida de la máquina procesadora de rolas de madera por culpa de la accionada, razón por la cual debía resarcir el lucro cesante por la utilidad que se le privó al no poder realizar con dicha máquina, durante un período de cinco meses, su actividad habitual; en consecuencia, estimó el daño total con arreglo a la pérdida sufrida por el acreedor y a la utilidad que se le privó de conformidad con lo establecido en el artículo 1.273 del Código Civil, con lo cual en modo alguno erró en su correcta interpretación, como tam-

poco infringió los artículos 1.274 y 1.275 los cuales, en todo caso, fueron denunciados en un capítulo aparte del presente.

Por tales motivos, la Sala declara sin lugar la denuncia de infracción del artículo 1.273 del Código Civil. Así se decide.

De conformidad con el ordinal 2º del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, la recurrente denuncia la infracción de los artículos 1.274 y 1.275 del Código Civil por falta de aplicación.

Plantea la formalizante que:

“...el juzgado ad quem en su sentencia, al aplicar aisladamente el artículo 1.273 del C.C. pero dejando de lado la aplicación conjugada de éste con los artículos 1.274 y 1.275 del Código Civil, lo cual es indispensable por la doctrina más calificada, según la cual “...no obstante la amplitud de que goza el juez en la apreciación del daño, debe ceñirse a los mandamientos de los artículos 1.274 y 1.275 del Código Civil, según los cuales precisa atender en esta materia a la culpa y al dolo del deudor, a los daños previstos e imprevistos, y a las consecuencias inmediatas y mediatas, directas e indirectas de la falta de cumplimiento (Vid. Álvarez, Víctor M. Ob. Cit. p. 33), viola flagrantemente sus fronteras jurisdiccionales, todo lo cual se evidencia fehacientemente cuando dispone la reparación de unos daños no previstos ni previsibles al momento de la celebración del contrato, más allá de la previsibilidad legalmente dispuesta en los mencionados artículos. Así, para determinar la cuantía del lucro cesante reclamado por la actora o del monto causado por concepto de supuestas ganancias dejadas de percibir se atuvo acriticamente al “...informe rendido por el experto designado por el Tribunal para la determinación del monto causado por concepto de ganancias dejadas de percibir en caso de que Paltex, C.A., hubiese tenido a disposición, instalada e integrada al proceso de producción la máquina dañada, se evidencia que dicho experto procedió a de-

terminar la capacidad de producción de la máquina siniestrada...”, concluyendo con una condenatoria o resarcimiento de daños indirectos, es decir, de aquellos que se desprenden de forma muy lejana o mediata de la inejecución de la obligación asumida por las partes en el contrato que las vincula.

Igualmente, el juez de alzada no se atuvo al nexo de causalidad jurídica, esto es, al ligamen necesario que existe entre el incumplimiento y el daño resarcible, y a las consecuencias que las partes han considerado o han debido considerar al momento de la celebración del contrato, dando cabida en su sentencia a una orden resarcitoria de daños imprevisibles e indirectos.

En conclusión, el juez ad quem al no aplicar los artículos 1.274 y 1.275 del C.C., no atendió en esta materia a la culpa del deudor que ellos mismos establecen, a los daños previstos y previsibles, y a las consecuencias inmediatas y directas de la falta de cumplimiento de la obligación contractual descrita en autos. Si hubiese aplicado los citados artículos no hubiera ordenado el resarcimiento del daño por lucro cesante reclamado por la actora, pues éste se trata en sustancia de daños indirectos e imprevisibles contractualmente, por tanto, la infracción denunciada fue determinante del dispositivo de la sentencia...”.

La Sala para decidir observa:

En esta oportunidad la formalizante denuncia que el juez de alzada no se atuvo al nexo de causalidad jurídica existente entre el incumplimiento y el daño resarcible, y a las consecuencias que las partes han debido considerar al momento de celebrar el contrato. Asimismo, indica que si la alzada hubiese aplicado los artículos delatados como infringidos no hubiera ordenado el resarcimiento del daño por lucro cesante reclamado por la actora, pues éste se refiere a los daños indirectos e imprevisibles contractualmente.

La Sala de Casación Civil en su fallo del 20 de diciembre de 2001 al resolver el recurso de casación formalizado por la accionante en fecha 6 de julio del mismo año, ordenó al ad quem sujetarse a la siguiente doctrina:

“...siendo que en el presente caso la demandante fue debidamente resarcida por el daño emergente ocasionado a la máquina siniestrada, resultaba del todo apegada a derecho, la reclamación del lucro cesante por tal hecho, mas aún en este caso donde la accionante facilitó la labor al sentenciador, pues aportó a los autos experticias e informes periciales que reportaban la estimación del lucro cesante demandado y que, en modo alguno, fueron debidamente valorados y apreciados por el Juzgado de Segundo Grado, quien de encontrarse en desacuerdo con los mismos podía ordenar la realización de una nueva experticia incluso con otros peritos, pero no desconocer la existencia y vigencia al lucro cesante reclamado por la demandante...”.

Por consiguiente, al declarar el juez superior “...procedente el reclamo de indemnización del daño material causado por concepto de lucro cesante...” no hizo más que sujetarse a la doctrina antes transcrita, razón por la cual la denuncia de infracción de los artículos 1.274 y 1.275 del Código Civil, respecto de que el juez superior no debió ordenar el resarcimiento del daño por lucro cesante reclamado por la actora, pues éste se trata de daños indirectos e imprevisibles contractualmente, es improcedente.

Por tal razón, la Sala desestima la denuncia de infracción de las referidas normas. Así se decide.

De conformidad con el ordinal 2º del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el 320 del mismo Código, la recurrente denuncia la infracción de los artículos 1.273, 1.274 y 1.275 del Código Civil, el primero por falsa aplicación y los dos restantes por falta de aplicación, “...infracción cometida por el Juez al incurrir en el tercer caso de suposición falsa, esto es, dar por demostrado un hecho con pruebas cuya

inexactitud resulta de actas e instrumentos del expediente mismo, en particular, al establecer en definitiva el monto del lucro cesante o ganancia dejada de percibir durante un período de cinco (5) meses, pues ese sería el período necesario para la reposición de la máquina siniestrada tomando en consideración el tiempo de fabricación, transporte, nacionalización e instalación de la misma...”.

Señala la formalizante lo siguiente:

“...el hecho de que el juez ad quem da por demostrado con pruebas cuya inexactitud resulta de actas e instrumentos del expediente mismo, resulta de establecer en definitiva el monto del lucro cesante o ganancia dejada de percibir durante un período de cinco (5) meses, pues ese sería el período necesario para la reposición de la máquina siniestrada tomando en consideración el tiempo de fabricación, transporte, nacionalización e instalación de la misma.

Asimismo, el juez superior al establecer en definitiva el monto del lucro cesante o ganancia dejada de percibir durante un período de cinco (5) meses, pues ese sería el período necesario para la reposición de la máquina siniestrada tomando en consideración el tiempo de fabricación, transporte, nacionalización e instalación de la misma; en abierta contradicción y cuya inexactitud resulta de las pruebas documentales existentes en autos, marcadas “C”, “D” y “R” dejó de aplicar los artículos 1.274 y 1.275 del C.C., pues no se atuvo a los linderos o mandamientos que estos artículos prescriben para el artículo 1.273 eiusdem, lo que se evidencia palmariamente al ordenar la reparación del daño por lucro cesante reclamado por la actora, sin determinar verazmente una pérdida cierta, sino más bien, una simple eventualidad de una pérdida, una mera probabilidad de lucro, unas simples posibilidades; mucho menos se atiende en su sentencia al resarcimiento de unos daños contractuales previstos y previsibles, ciertos, determinados y determinables por las partes, esto es, la sentencia no establece verazmente unos perjuicios ciertos, sino más bien se refiere a unos daños hipotéticos, conjeturales

o eventuales, más allá de los linderos dispuestos enfáticamente por los precitados artículos...”.

La Sala para decidir observa:

Denuncia la recurrente el tercer caso de suposición falsa sustentado en que el juez superior estableció en su sentencia que el monto del lucro cesante o ganancia dejada de percibir debía ser calculado por un período de cinco meses, ya que ese sería el período necesario para la reposición de la máquina siniestrada tomando en consideración el tiempo de fabricación, transporte, nacionalización e instalación de la misma, con pruebas cuya inexactitud resulta de actas e instrumentos del expediente.

La Sala acoge la transcripción de la sentencia realizada al examinar la primera denuncia del recurso por defecto de actividad, para resolver la presente delación.

De la sentencia transcrita, se observa que el juez superior estableció que el informe rendido por el experto Otto Hernann Vezga concluye en el numeral 2.2 en cuanto a “las proyecciones económicas del negocio” que para calcular el lucro cesante se tomó en cuenta el monto de rentabilidad de Paltex C.A. durante el período comprendido entre julio y diciembre de 1998, la capacidad de producción de la máquina durante ese período y la deducción de los costos de producción. En ese sentido, de acuerdo con las indicaciones del fabricante determinó que la máquina tenía una capacidad de producción de 38 metros cúbicos de madera aserrada por jornada diaria de trabajo, lo cual equivale a 760 metros cúbicos por veinte días hábiles que tiene un mes. Al ser ajustados estos 760 metros cúbicos a términos reales, por no poder considerarse el hecho de tener la maquinaria en funcionamiento continuo y sin contratiempos, tomó en consideración las tres cuartas partes de esta capacidad de producción y la redujo en ese sentido, estableciendo que la producción sería de 570 metros cúbicos de madera aserrada por mes.

Pasó luego a establecer, que según se desprende del numeral 2.3 del referido informe, el precio de venta de la producción teniendo como premisa inicial que con el valor de la producción y el precio de venta se obtendrá el ingreso bruto. Tomó en consideración el precio promedio del metro cúbico de paleta de madera durante el período julio-diciembre de 1998, el cual obtuvo a partir de fabricantes diversos ante la inexistencia publicación de datos oficiales al respecto. Partiendo de una producción mensual de 570 metros cúbicos, al multiplicarse ese monto por 6 meses se obtiene la cantidad de 3.420 metros cúbicos para ese período. Teniendo en consideración que el precio promedio por metro cúbico de paleta resultó ser de doscientos sesenta mil bolívares, concluyó en que la empresa Paltex C.A. pudo haber realizado ventas por la cantidad resultante de multiplicar 3.429 metros cúbicos por doscientos sesenta mil bolívares, es decir, la cantidad de ochocientos ochenta y nueve millones doscientos mil bolívares.

Luego, del numeral 2.4 del informe el experto determinó el costo de producción mediante la información suministrada por diversos productores, estableciendo que entre el principio del período y su final el costo tuvo un incremento de un veinte por ciento, siendo el costo al inicio del período por metro cúbico de madera de ciento veinte mil bolívares, por mano de obra un mil quinientos bolívares por metros cúbicos en consideración a tres operarios, por depreciación de equipo por metros cúbicos dos mil ochocientos bolívares por metro cúbico y por materiales trescientos bolívares por metro cúbico, concluyendo en que la sumatoria de los anteriores factores arroja un total de ciento veintiséis mil ochocientos bolívares de costo de producción de un metro cúbico de paleta en julio de 1998. Que tomando en consideración el incremento del veinte por ciento del costo de producción para el final del período, resultaría dicho costo unitario de producción para diciembre de 1998 de ciento cincuenta y dos mil ciento sesenta bolívares, dando como resultado un promedio de costo de producción durante el período de ciento treinta y nueve mil cuatrocientos ochenta bolívares por metro cúbico. Al tomar en consideración la capacidad de producción de 3.420 metros cúbicos durante el período, resultaría entonces un monto por costo de producción total de cuatrocientos seten-

ta y siete millones veintiún mil seiscientos bolívares. Por consiguiente, el lucro cesante resultaría de restar al valor total de la producción, el costo antes determinado, lo que dio la cantidad de cuatrocientos doce millones ciento setenta y ocho mil cuatrocientos bolívares.

Ahora bien, estableció la alzada que en virtud de que el experto tomó en consideración una producción total de seis meses cuando lo expresado por la parte actora en su libelo fue de cinco meses, de conformidad con lo establecido en el artículo 12 y 243 en su numeral 5° del Código de Procedimiento Civil, pasó a realizar un ajuste tomando en cuenta el mismo método aplicado por el experto en su informe, el cual realizó mediante una simple operación aritmética y arrojó el siguiente resultado:

“...la cantidad de quinientos setenta metros cúbicos de producción mensual y lo multiplica por los cinco meses, obteniendo así un resultado total de producción de dos mil ochocientos cincuenta metros cúbicos de madera de paleta durante los cinco meses. Para determinar el ingreso bruto que se obtendría por esa producción, procede a multiplicar el precio promedio de cada metro cúbico, doscientos sesenta mil bolívares, por la producción total de metros cúbicos, dos mil ochocientos cincuenta, lo que trae un resultado de costo de producción, tomando en consideración la sumatoria de todos los costos individuales de producción por metro cúbico de madera, ciento veintiséis mil ochocientos bolívares, y el incremento de un veinte por ciento al final del período de cinco meses y que alcanza a un veinte por ciento, se tendría que para el quinto mes de producción el costo se vería aumentado a la cantidad resultante de incrementar el costo de producción de metro cúbico en un veinte por ciento, es decir, ciento veintiséis mil ochocientos bolívares por un punto dos, lo cual da un resultado de ciento cincuenta y un mil doscientos bolívares como costo de producción de metros cúbicos de madera incrementado. Para obtener la media debe sumarse ambas cantidades, es decir, ciento veintiséis mil ochocientos más ciento cincuenta y un mil doscientos, lo que resulta en doscientos

setenta y ocho mil, que dividido entre dos da una media de ciento treinta y nueve mil bolívares como costo de producción por metro cúbico. Esta última cantidad, de ciento treinta y nueve mil bolívares, multiplicada por el monto de metro cúbicos, dos mil ochocientos cincuenta, que está en capacidad la máquina de producir durante los cinco meses, resulta en un costo total de trescientos setenta y tres millones trescientos cincuenta mil bolívares.

Ahora bien, siguiendo el mismo método señalado por el experto, SE DETERMINA EL MONTO TOTAL DE LA GANANCIA DEJADA DE PERCIBIR MEDIANTE LA SUSTRACCIÓN DEL COSTO TOTAL DE PRODUCCIÓN DEL INGRESO BRUTO, ES DECIR, SETECIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES DE BOLÍVARES MENOS TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA MIL BOLÍVARES, QUE RESULTA EN UNA CANTIDAD DE TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL BOLÍVARES POR CONCEPTO DE LUCRO CESANTE O GANANCIA DEJADA DE PERCIBIR POR LA EMPRESA MERCANTIL, PALTEX, C.A., COMO CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA E IMPOSIBILIDAD DE UTILIZAR LA MÁQUINA SINIESTRADA EN EL PROCESO DE PRODUCCIÓN DE PRODUCTOS DE MADERA, QUE CONSTITUYÓ SU OBJETO SOCIAL, y así expresamente lo declara este tribunal de alzada. Todo lo cual representa el monto que será condenado a pagar por concepto de lucro cesante en el dispositivo del presente fallo...”.

De lo anterior, se evidencia que la alzada tomó en consideración el informe del experto Otto Hernann Vezga para determinar el monto del lucro cesante; respecto del período para calcular el mismo, la sentencia recurrida estableció que a pesar de que el experto designado por el tribunal lo calculó en seis meses, éste creyó conveniente bajarlo a cinco meses por ser ese el período que la actora demandó en el libelo de la demanda.

Con este pronunciamiento él no estableció un hecho, como lo alega erradamente la recurrente, sino que dio una conclusión de derecho respecto

del plazo en que debe ser calculado el lucro cesante; sujeción a los límites de la pretensión interpuesta en el libelo, por consiguiente, la Sala declara improcedente la denuncia de infracción de los artículos 1.273, 1.274 y 1.275 del Código Civil. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 06174.

FECHA: 09 de noviembre de 2005.

PARTES: Seguros La Previsora contra el Ministerio de Finanzas.

.....

**TEMA: SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA**

Máxima: corresponde a la Superintendencia de Seguros hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control de la actividad aseguradora y en especial de las empresas de seguros y de reaseguros constituidas en el país; asimismo, tendrá facultad para investigar o inspeccionar cualesquiera hechos, actos o documentos relacionados con las empresas de seguros. Igualmente, la ley prevé la posibilidad de que el mencionado organismo sancione la elusión o retardo de las empresas de seguros, en el cumplimiento de sus obligaciones.

EXTRACTO:

1.- Siguiendo el orden de los alegatos esgrimidos por la actora, debe examinarse en primer lugar lo referente a la existencia del vicio de extralimitación de funciones del que, presuntamente, padece el acto recurrido.

A tal efecto, conviene recordar la definición dada por esta Sala (Sentencia

Nº 02128, de fecha 21 de abril de 2005, dictada en el caso Godofredo Orsini González), en la cual se expresó:

“La usurpación de funciones constituye un vicio que tiene lugar cuando una autoridad legítima dicta un acto invadiendo la esfera de competencias de un órgano perteneciente a otra rama del Poder Público, violentando de ese modo las disposiciones contenidas en los artículos 136 y 137 de la Constitución de la República que consagran, por una parte, el principio de separación de poderes, en razón del cual cada rama del Poder Público tiene sus funciones propias, y se establece, por otra, que sólo la Constitución y la ley definen las atribuciones del Poder Público y a tales normas debe sujetarse su ejercicio. De manera que al invadirse la esfera de atribuciones que es propia de otro órgano del Poder Público, se estaría incurriendo en una incompetencia manifiesta, lo cual se traduciría necesariamente en la nulidad absoluta del acto impugnado. Asimismo, se habla de extralimitación de atribuciones cuando una autoridad investida legalmente de funciones públicas, dicta un acto que constituye un exceso de las atribuciones que le han sido conferidas”. (Resaltado del presente fallo)

Ahora bien, la Sala advierte que de los argumentos expresados por la recurrente, lo que se configuraría, de ser cierto tal alegato, es el vicio de usurpación de funciones, toda vez que se denuncia una intromisión por parte de la Administración en las funciones propias de los Tribunales de la República, que vendría dada por el hecho de que el Ministerio de Finanzas en la resolución impugnada, comparte la posición asumida por la Superintendencia de Seguros, el cual para determinar si hubo elusión, se pronuncia sobre el incumplimiento de la póliza de seguros por parte de la empresa aseguradora, siendo esto supuestamente competencia exclusiva del órgano jurisdiccional.

En tal sentido, la Sala ha expresado (Sentencia 01752, de fecha 27 de julio de 2000, caso Seguros Capitolio C.A.), lo siguiente:

“Siendo ello así, interesa destacar que de conformidad con el artículo 6 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, corresponde a la Superintendencia de Seguros, entre otras, la inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control de la actividad aseguradora y en especial de las empresas de seguros y de reaseguros constituidas en el país; asimismo, el artículo 12 ejusdem dispone que la Superintendencia de Seguros tendrá facultad para investigar o inspeccionar cualesquiera hechos, actos o documentos relacionados con las empresas de seguros. Igualmente, el artículo 175 de la precitada ley prevé la posibilidad de que el mencionado organismo sancione la elusión o retardo de las empresas de seguros, en el cumplimiento de sus obligaciones.

La Superintendencia de Seguros tiene, entonces, expresamente atribuidas funciones de control sobre las compañías de seguros, y a los fines de determinar, en el caso de autos, el incumplimiento de la empresa recurrente, específicamente en su obligación de indemnizar el siniestro sufrido por la sociedad mercantil Consorcio Lake Plaza, debía, necesariamente, analizar el cumplimiento o no de la póliza emitida por la empresa de seguros a esta última. Por tanto, la denuncia en referencia resulta improcedente, y así se declara.”

A tal efecto, como lo planteó anteriormente la Sala en la transcrita cita, las normas de la vigente Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros facultan a la Superintendencia de Seguros para que realice el control de la actividad aseguradora, efectúe investigaciones de cualquier hecho o documento relacionado con la actividad propia de los seguros, siendo que, cuando la empresa aseguradora sin causa justificada, a juicio del Superintendente de Seguros, incurra en incumplimiento de las obligaciones previstas en la póliza (elusión), podrá ser objeto de una sanción.

Sobre este aspecto, considera la Sala, que se encuentra ajustada a derecho la actuación del Ministerio de Finanzas y de la Superintendencia de Seguros, de entrar a analizar el incumplimiento o no de las pólizas, por

parte de las empresas de seguros frente a sus asegurados, beneficiarios o contratantes, a los fines de determinar su responsabilidad, y de ser el caso, aplicar las sanciones administrativas señaladas en el artículo 175 *eiusdem*, dejando a salvo la posibilidad de que en la vía jurisdiccional le sea exigida a la aseguradora su responsabilidad civil.

Por lo tanto, en el caso de autos, la posición de la resolución impugnada, que compartió el criterio asumido por la Superintendencia de Seguros, de entrar a analizar el incumplimiento o no de la póliza de seguros, a los fines de determinar la responsabilidad de carácter administrativo de la sociedad mercantil C.N.A. DE SEGUROS LA PREVISORA, sobre el ilícito previsto en el artículo 175 de la Ley Empresa de Seguros y Reaseguros, no incurrió en el vicio de usurpación de funciones. En consecuencia, la denuncia en referencia resulta improcedente, y así se declara.

.....

TEMA: PRUEBA EN EL SEGURO ¿A QUIÉN CORRESPONDE?

Máxima: la aseguradora no logró demostrar que el siniestro ocasionado al vehículo del asegurado había ocurrido por causas imputables a este último, situación ésta que no logró enervar la presunción legal establecida en el artículo 560 del Código de Comercio que opera en contra de las empresas de seguros y que determina que el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito, siendo carga de la prueba de dichos entes aseguradores demostrar lo contrario.

EXTRACTO:

2.- Igualmente la recurrente alegó que el acto recurrido violaba el derecho a la defensa y al debido proceso, por haberse dictado con absoluta inmotivación, supuestamente ocasionada al no señalarse en el mismo los medios probatorios con los cuales se constataron los hechos y las transgresiones ocurridas.

Al respecto, la Sala ha señalado que el vicio de inmotivación del acto administrativo se ocasiona cuando no es posible conocer cuáles fueron los motivos del acto y sus fundamentos legales, o cuando los motivos del acto se destruyen entre sí, por ser contrarios o contradictorios; asimismo, se ha afirmado que la insuficiente motivación de los actos administrativos, sólo da lugar a su nulidad cuando no permite a los interesados conocer los fundamentos legales y los supuestos de hecho que constituyeron los motivos en que se apoyó el órgano administrativo para dictar la decisión, pero no cuando, a pesar de su sucinta motivación, permite conocer la fuente legal, las razones y los hechos apreciados por la Administración.

Ahora bien, se evidencia de la Resolución impugnada, que, en sus consideraciones, se dispuso lo siguiente:

“Una vez analizados los alegatos de la recurrente en contra del acto impugnado, así como los recaudos que corren insertos en el expediente que del caso levantó la Superintendencia de Seguros, esta alzada observa:

En cuanto al primer alegato de la recurrente referido a que la Superintendencia de Seguros desestimó los alegatos esgrimidos por su representada que justificaban claramente la decisión de aplicar la penalización, conforme lo establece el artículo 10 de las Condiciones Particulares de la Póliza de Vehículos, considera esta Alzada que del expediente instruido por la Superintendencia de Seguros, no existen elementos de juicio que permitan establecer que el siniestro pudo haber ocurrido por causas imputables al asegurado, que pudieran liberar total o parcialmente al asegurador de su responsabilidad de indemnizar, en este sentido si aplicamos la legislación vigente para la fecha en que ocurrió el siniestro, conforme lo señala el recurrente, se observa que conforme al artículo 560 del Código de Comercio, el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito; pero el asegurador puede probar que ha ocurrido por causa que no le constituye responsable, según la convención o la ley.

Subsumiendo esta norma en los hechos, se evidencia que debe presumirse que el deslizamiento del vehículo ocurrió por un hecho que no resulta imputable al asegurado, es decir, debemos presumir que éste tomó todas las precauciones necesarias para evitar el siniestro; debiendo el asegurador, si pretende liberarse de la obligación de indemnizar, probar lo contrario y siendo que en el expediente no se evidencia la existencia de elementos de juicio que permitieran establecer que el siniestro pudo haber ocurrido por causas imputables al asegurado, que permitieran liberar total o parcialmente al asegurador de su responsabilidad. En este sentido, se desestiman los alegatos del recurrente sobre este particular”. (Cita textual)

De la resolución transcrita supra, se observa que el Ministro sí indicó las razones de hecho y de derecho en que se fundamentó, al señalar que en el respectivo procedimiento instruido por la Superintendencia de Seguros, la aseguradora no logró demostrar que el siniestro ocasionado al vehículo del asegurado había ocurrido por causas imputables a este último, situación ésta que no logró enervar la presunción legal establecida en el artículo 560 del Código de Comercio que opera en contra de las empresas de seguros y que determina que el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito, siendo carga de la prueba de dichos entes aseguradores demostrar lo contrario, por lo que resulta imperativo desechar el vicio de inmotivación planteado por la recurrente. Así se declara.

.....

TEMA: DOSIMETRÍA PENAL

Máxima: la multa impuesta fue aplicada con estricto apego a lo establecido en el artículo 175 de la vigente Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, resaltándose en este caso, que la sanción aplicada estuvo por debajo del término medio, entre el mínimo de cien mil bolíva-res (Bs. 100.000,00) y el máximo equivalente a quinientos (500) salarios mínimos urbanos.

EXTRACTO:

3.- Por otra parte, en cuanto al alegato de que la autoridad ministerial vulneró el principio de la gradación de la sanción (principio relacionado a la aplicación de la sanción en función del hecho y su gravedad), por cuanto el Ministro de Finanzas en el acto recurrido ratificó la sanción impuesta por la Superintendencia de Seguros, la cual fue por la cantidad de nueve millones novecientos cincuenta mil bolívares (Bs. 9.950.000,00), se considera pertinente concatenarlo con la afirmación, igualmente realizada por la parte actora, de que el acto administrativo cuestionado excedió los límites de la discrecionalidad, por ser desproporcionado y no adecuarse a los fines perseguidos por la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, al imponer una sanción de tal gravedad, toda vez que ambos argumentos versan sobre el mismo aspecto.

Al respecto, en casos análogos la Sala ha expresado (Sentencias N° 01044 y 04238, del 12 de agosto de 2004 y 16 de junio de 2005, respectivamente, casos C.N.A. De Seguros La Previsora):

“En este orden de ideas, resulta conveniente indicar que el principio de la proporcionalidad contenido en el artículo 12 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, establece que aún en los casos en que opere cierta discrecionalidad de parte de la Administración, se debe respetar la debida concordancia entre el supuesto de hecho que dio lugar al acto administrativo y la finalidad de la norma, esto con el objeto de alcanzar un verdadero equilibrio en el cumplimiento de los fines de la Administración Pública”.

Ahora bien, en el caso que nos ocupa, ha sido establecido en este fallo que existía el correspondiente sustento legal para la actuación de la Administración Pública, por lo que la multa impuesta fue aplicada con estricto apego a lo establecido en el artículo 175 de la vigente Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, resaltándose en este caso, que la sanción aplicada estuvo por debajo del término medio, entre el mínimo de cien mil

bolívares (Bs. 100.000,00) y el máximo equivalente a quinientos (500) salarios mínimos urbanos, fijados por el legislador en el mencionado artículo; siendo además, que ninguna de las afirmaciones expuestas por la recurrente, generan en este Alto Tribunal la convicción de que la Administración haya actuado sin la debida ponderación de las circunstancias que rodearon el asunto aquí analizado. En consecuencia, resulta improcedente el vicio denunciado. Así se declara.

Por todo lo expuesto, esta Sala debe declarar sin lugar el recurso de nulidad. Así se decide.

.....

2006



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00059.

FECHA: 27 de enero de 2006.

PARTES: Seguros Nuevo Mundo, S.A. contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE).

.....
TEMA: VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE AUTOMOVIL PARA PERSONAS SOMETIDAS A RELACIÓN LABORAL

Máxima: de la documentación se observa que la “Póliza de Seguros para Vehículos fue suscrita con vigencia hasta 31 de diciembre del año 2009, sin observarse del contenido del “Cuadro de Póliza” ni del Contrato de Seguro ninguna cláusula o condición aplicable para los ex empleados de la empresa de seguros en lo referente a la expiración de la póliza, razón por la cual ésta debe considerarse como vigente y por ende cubrir los gastos generados en el siniestro del cual fue objeto el vehículo propiedad de la referida ciudadana, resultando independiente la continuidad laboral dentro de la empresa.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse respecto a la demanda de nulidad incoada por la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo, S.A., antes identificada, contra el acto denegatorio tácito derivado del silencio administrativo del Ministro del Poder Popular para el Comercio, por no haber dado respuesta al recurso jerárquico ejercido por la prenombrada empresa el 6 de enero de 2012 contra la Providencia Administrativa S/N de fecha 11 de abril de 2011, emitida por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDE-

PABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Económicos (SUNDDE).

Así, pasa este Alto Tribunal a resolver los argumentos expuestos por el apoderado judicial de la compañía demandante y al efecto observa lo siguiente:

1.- Vicio de incompetencia.

Sobre el vicio de incompetencia es oportuno traer a colación el criterio pacífico y reiterado establecido por esta Sala en innumerables fallos, entre otros, las sentencias Núms. 00952, 01133, 01470 y 01281 del 29 de julio de 2004, 4 de mayo de 2006, 14 de agosto de 2007 y 18 de octubre de 2011, casos: Luis Matute Romero, Modesto Antonio Sánchez García, Servicios Halliburton de Venezuela, S.A. y Viajes Miranda, C.A., respectivamente, en las cuales se dejó sentado que la competencia es la capacidad legal de actuación de la Administración, es decir, representa la medida de una potestad genérica que le ha sido conferida por la ley. De allí, que la competencia no se presume, sino que debe constar expresamente por imperativo de la norma legal. Por tanto, determinar la incompetencia de un órgano de la Administración, supone demostrar que éste ha actuado sin que medie un poder jurídico previo que legitime su actuación; en este sentido, sólo de ser manifiesta la incompetencia, ella acarrearía la nulidad absoluta del acto administrativo impugnado, en aplicación de lo dispuesto en el numeral 4 del artículo 19 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos.

1.1.- Incompetencia del Instituto recurrido para ordenar resarcir daños materiales.

Bajo la óptica del citado criterio jurisprudencial, esta Sala observa que el apoderado judicial de la empresa demandante sostiene que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDE-PABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos

Económicos (SUNDDE), excedió su competencia al haber ordenado en la Providencia Administrativa impugnada reintegrar a la ciudadana Carmen Amelia Rodríguez Rodríguez, la cantidad de “Nueve Mil Cuarenta y Nueve Bolívares Con Sesenta Céntimos (Bs. 9.049,60), correspondiente a la factura Nro. 001328 de fecha 06 de febrero de 2010 por concepto de la colocación de la puerta trasera derecha, mano de obra, montar puerta trasera derecha, reparar y pintar puerta de/antera (sic) derecha, así como cancelar (sic) los repuestas que faltan para culminar la reparación del vehículo”, creando sanciones no previstas en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, asimilándolas a una condena judicial.

Arguye el apoderado judicial de la sociedad de comercio recurrente que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), sólo puede aplicar sanciones de multa dentro del ámbito de su competencia tal y como lo disponen los artículos 125 y siguientes de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios del año 2010.

Sostiene el representante judicial de la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo, S.A., conforme a lo establecido en los numerales 3 y 4 del artículo 19 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, que la Providencia Administrativa impugnada debe declararse nula por haber condenado al “pago de cantidades de dinero” y adicionalmente al “cumplimiento de contrato”, obrando la Administración fuera de sus competencias y sin tomar en cuenta la situación real del vehículo propiedad de la denunciante en sede administrativa el cual se encontraba fuera de toda cobertura, producto de la terminación voluntaria de la relación laboral con la compañía aseguradora.

Reflejados como han sido los argumentos esgrimidos por la representación judicial de la demandante, este Alto Tribunal aprecia que para la fecha de emisión de la Providencia Administrativa impugnada, esto es, el 11 de abril de 2011, se encontraba vigente la Ley para la Defensa de las Personas

en el Acceso a los Bienes y Servicios, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Núm. 39.358 del 1° de febrero de 2010 -aplicable en razón del tiempo-, la cual entre las normas relativas a la competencia del mencionado Instituto, contempla lo siguiente:

Objeto de la Ley.

“Artículo 1.- La presente Ley tiene por objeto la defensa, protección y salvaguarda de los derechos e intereses individuales y colectivos en el acceso de las personas a los bienes y servicios para la satisfacción de las necesidades, estableciendo los ilícitos administrativos, sus procedimientos y sanciones; los delitos y su penalización, el resarcimiento de los daños sufridos, así como regular su aplicación por parte del Poder Público con la participación activa y protagónica de las comunidades, en resguardo de la paz social, la justicia, el derecho a la vida y la salud del pueblo”.

Ámbito de aplicación.

“Artículo 3.- Quedan sujetos a las disposiciones de la presente Ley, todos los actos jurídicos celebrados entre proveedores de bienes y servicios y consumidores y usuarios, relativos a la adquisición y arrendamiento de bienes, a la contratación de servicios públicos o privados y cualquier otro negocio jurídico de interés económico para las partes (...)”.

Las citadas normas ponen de manifiesto con absoluta claridad que la materia relacionada con la defensa, protección y salvaguarda de los derechos e intereses de los consumidores, consumidoras, usuarios y usuarias, tiene una preponderancia especial en la vigilancia que debe ejercer el Estado mediante una actividad muchas veces coercitiva y sancionadora para la consecución de un objetivo fundamental como lo es ser garante de derechos e intereses de los habitantes en su rol de consumidores, consumidoras, usuarios y usuarias; de allí que prevalezca el orden público frente a las convenciones que pudieran surgir del acuerdo de voluntades privadas.

Dicha tarea se caracteriza por ser fundamental, en razón al rango constitu-

cional que le fue otorgado por la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela a la defensa de los derechos de los consumidores y consumidoras, usuarios y usuarias en la obtención de bienes y servicios de calidad, existiendo como contrapartida la obligación de los productores y productoras y empresas prestadoras de servicios de brindar un trato equitativo y digno, emitir respuestas así como brindar información no engañosa, incluyendo el resarcimiento de “(...) los daños ocasionados (...)”, so pena de ser sancionados “(...) por la violación de estos derechos”.

En efecto, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999, en el Capítulo VII titulado “De los derechos económicos”, dispone lo siguiente:

“Artículo 117. Todas las personas tendrán derecho a disponer de bienes y servicios de calidad, así como a una información adecuada y no engañosa sobre el contenido y características de los productos y servicios que consumen; a la libertad de elección y a un trato equitativo y digno. La ley establecerá los mecanismos necesarios para garantizar esos derechos, las normas de control de calidad y cantidad de bienes y servicios, los procedimientos de defensa del público consumidor, el resarcimiento de los daños ocasionados y las sanciones correspondientes por la violación de estos derechos.”
(Destacado de la Sala).

Partiendo de la señalada premisa constitucional, el Legislador Patrio en el artículo 8 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios del año 2010 -aplicable en razón del tiempo-, enumeró cada uno de los derechos de los consumidores y consumidoras, usuarios y usuarias frente a los proveedores y proveedoras de bienes y servicios en la adquisición y arrendamiento de bienes, la contratación de servicios públicos o privados y cualquier otro negocio jurídico de interés pecuniario.

Entre los aludidos derechos de los consumidores y consumidoras y usuarios y usuarias, se incluyen:

“2. La adquisición en las mejores condiciones de calidad y precio, sin condicionamientos, tomando en cuenta las previsiones legales que rigen el acceso de bienes y servicios nacionales y extranjeros.

3. La información suficiente, oportuna, clara, veraz y comprensible sobre los diferentes bienes y servicios, puestos a su disposición, con especificaciones de precios, cantidad, peso, características, calidad, riesgo y demás datos de interés inherentes a su elaboración o prestación, composición y contraindicaciones que les permita tomar conciencia para la satisfacción de sus necesidades.

(...)

6. La reposición del bien o resarcimiento del daño sufrido en los términos establecidos en la presente Ley. (...)

(...)

13. La protección en los contratos de adhesión, que sean desventajosos o lesionen sus derechos e intereses y a retractarse por justa causa. (...)

17. La disposición y disfrute de los bienes y servicios, de forma continua, regular, eficaz, eficiente e ininterrumpida”.

Establecida como ha quedado la competencia del Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), a objeto de conocer y resolver sobre las violaciones a la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios del año 2010; esta Máxima Instancia observa que la Resolución Impugnada fue dictada conforme a derecho tomando en cuenta que la actuación de la Administración tuvo por finalidad la defensa, protección y salvaguarda de los derechos e intereses de la ciudadana Carmen Amelia Rodríguez Rodríguez, en el acceso a los bienes y servicios para la satisfacción de sus necesidades, estableciendo el referido Instituto en el acto administrativo impugnado los ilícitos administrativos cometidos, el procedimiento y

sanciones aplicables; ordenando adicionalmente el resarcimiento de los daños sufridos por la denunciante.

Al ser así, la Sala debe concluir que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE) impuso la sanción de multa y ordenó resarcir los daños generados al vehículo de la denunciante conforme a las competencias expresamente señaladas en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios del año 2010 -aplicable en razón del tiempo; en consecuencia, esta Máxima Instancia desecha el alegado vicio de incompetencia. Así se declara.

1.2.- Incompetencia por la materia del Instituto recurrido para conocer de la denuncia presentada.

Refiere el apoderado judicial de la empresa demandante que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), ha debido declararse incompetente en razón de la materia, por tratarse de un asunto de carácter esencialmente laboral y no de servicio, pues en el caso concreto el objeto de la demanda de nulidad se encuentra vinculado a un beneficio derivado de la finalización de la relación de trabajo, cuya competencia corresponde a las Inspectorías del Trabajo.

Con relación al argumento esgrimido por la representación judicial de la empresa aseguradora, la Sala debe señalar que la ciudadana Carmen Amelia Rodríguez Rodríguez, presentó la denuncia Núm. DEN-016785-2009-0101 en fecha 30 de noviembre de 2009 ante el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), en virtud de una supuesta actuación irregular de la sociedad de comercio recurrente quien anuló anticipadamente la Póliza

de Seguro para Vehículo Núm. 9402132649.

En ese sentido, es importante advertir que la ciudadana denunciante se dirigió a la Administración con la finalidad de hacer valer sus derechos presuntamente vulnerados por la sociedad mercantil Seguros Nuevo Mundo, S.A., producto del incumplimiento de lo pactado en la Póliza de Seguro para Vehículo Núm. 9402132649, con vigencia hasta el 31 de diciembre de 2009 (folio 3 del expediente administrativo).

De lo anterior se desprende que la intención de la ciudadana Carmen Amelia Rodríguez Rodríguez, fue cuestionar el cumplimiento de la “Póliza de Seguros para Vehículos” otorgada por la empresa aseguradora la cual mantenía vigencia al momento de la ocurrencia del siniestro del automóvil de su propiedad.

Por tal razón este Alto Tribunal considera que lo exigido a la demandante tiene su origen en el incumplimiento del Contrato de Seguros y no en un reclamo de índole laboral como lo pretende hacer ver el apoderado judicial de la compañía Seguros Nuevo Mundo, S.A., de allí que esta Máxima Instancia deba concluir que la competencia para conocer de este tipo de denuncias sí corresponde al Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE), razón por la cual desecha el denunciado vicio de incompetencia. Así se establece.

2.- Indebida imposición de la sanción de multa.

Asegura el representante judicial de la demandante que la Providencia Administrativa impugnada afirmó erróneamente que su representada decidió terminar la póliza de seguros anticipadamente, cuando en realidad quien decidió finalizarla fue la ciudadana denunciante en virtud de haberse retirado voluntariamente de la empresa aseguradora.

Indica el representante judicial de la sociedad de comercio actora que la “Póliza de Seguro para Vehículo” otorgada por su representada no debe interpretarse como un beneficio laboral que debe mantenerse en vigor aún después de concluida la relación laboral, pues se tergiversa la naturaleza de dicho beneficio contractual al aceptar su vigencia con posterioridad a la extinción o cese de las relaciones de trabajo.

También recalca el hecho que en fecha 1° de diciembre de 2009 fue consignado en la caja de la empresa el cheque por concepto por la devolución de la prima no consumida, razón por la cual no debe quedar dudas sobre la finalización de la póliza de seguros, tal y como lo dispone el artículo 53 de la Ley del Contrato de Seguros del año 2001.

Para resolver el señalado alegato de la representación judicial de la empresa aseguradora, esta Sala debe traer a colación lo dispuesto en los artículos 18, 24 y 78 de la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios del año 2010 -aplicable en razón del tiempo-, los cuales prevén lo siguiente:

Obligaciones de cumplir condiciones

“Artículo 18. Todo proveedor o proveedora de bienes o prestador de servicios estará obligado u obligada a respetar los términos, plazos, fechas, condiciones, modalidades, garantías, reservas y demás circunstancias conforme a las cuales hayan sido ofrecidos (...)”.
(Destacado de la Sala).

Constancia escrita y del deber de información

“Artículo 24. Las proveedoras o proveedores de servicios, deben entregar a las personas, constancia escrita de las condiciones de la prestación y de los derechos y obligaciones de los contratantes. Igualmente, deben informar por escrito sobre las normas técnicas adecuadas, el cumplimiento efectivo del servicio ofrecido (...)”.
(Destacado este Alto Tribunal).

Responsabilidad de la proveedora o proveedor

“Artículo 78. Los proveedores de bienes o servicios, cualquiera sea su naturaleza jurídica, serán solidaria y concurrentemente responsables, tanto por los hechos propios como por los de sus dependientes o auxiliares, permanentes o circunstanciales, aun cuando no tengan con los mismos una relación laboral” (Destacado de esta Máxima Instancia).

Al aplicar las normas transcritas al caso de autos, se observa de la revisión de las actas procesales lo siguiente:

- Solicitud realizada en fecha 20 de marzo de 2009 por la ciudadana Carmen Amelia Rodríguez Rodríguez, relativa a la inclusión de un vehículo de su propiedad en la Póliza de Seguros para Vehículos Flota Empleados” Núm. 9402132649 (folios 144 al 147).
- “Cuadro Póliza Recibo de Automóvil Flota” a favor de la denunciante y con vigencia comprendida desde el 31 de diciembre de 2008 al 31 de diciembre de 2009 (folio 149).
- “Carta de Renuncia Voluntaria” del 23 de octubre de 2009 presentada por la ciudadana denunciante, la cual se haría efectiva a partir del 6 de noviembre de 2009 (folio 150).

De la documentación antes descrita se observa que la “Póliza de Seguros para Vehículos Flota Empleados” Núm. 9402132649 fue suscrita con vigencia hasta 31 de diciembre del año 2009, sin observarse del contenido del Cuadro de Póliza ni del Contrato de Seguro ninguna cláusula o condición aplicable para los ex empleados de la empresa de seguros en lo referente a la expiración de la póliza, razón por la cual ésta debe considerarse como vigente y por ende cubrir los gastos generados en el siniestro del cual fue objeto el vehículo propiedad de la referida ciudadana, resultando independiente la continuidad laboral dentro de la empresa.

En tal sentido, se evidencia de la documentación cursante en el expedien-

te judicial que la empresa demandante trasgredió las normas establecidas en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios del año 2010 -aplicable en razón del tiempo-, al haber incurrido en una serie de infracciones relacionadas con: (i) el incumplimiento del Contrato de Seguros; (ii) la falta de información relativa a la terminación anticipada de la póliza; (iii) el incumplimiento del Servicio; y (iv) la ineficaz devolución del monto pagado por concepto de prima no disfrutada por la ciudadana Carmen Amelia Rodríguez Rodríguez, en contravención a lo preceptuado en el artículo 8, numerales 2, 3, 6, 13 y 17, así como en los artículos 18, 24 y 78 eiusdem; en consecuencia, a juicio de este Alto Tribunal resulta procedente la sanción de multa impuesta por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE) en la Resolución Administrativa impugnada. Así se declara.

3.- Falso supuesto de hecho.

Respecto al mencionado vicio es conveniente reiterar que el falso supuesto se configura cuando la Administración al dictar un determinado acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que ocurrieron de manera distinta a la apreciación efectuada por el órgano administrativo, verificándose de esta forma el denominado falso supuesto de hecho; igualmente, cuando los hechos que sirven de fundamento a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al emitir su pronunciamiento los subsume en una norma errónea o inexistente en el derecho positivo, se materializa el falso supuesto de derecho. Por tal virtud, dicho vicio -en sus dos (2) manifestaciones- afecta la causa de la decisión administrativa, acarrea en consecuencia su nulidad [Vid. sentencias de esta Sala Político-Administrativa Núms. 230 y 154 del 18 de febrero de 2009 y 11 de febrero de 2010, casos: Empresa Cirmar, C.A. Vs. Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT) e Inspectoría General de Tribunales Vs. Comisión de Funcionamiento y Reestructuración del Siste-

ma Judicial, respectivamente].

Precisado lo anterior, se observa que el representante judicial de la empresa demandante denuncia que la ciudadana Carmen Amelia Rodríguez Rodríguez, conocía desde el inicio de la relación laboral, las condiciones de la póliza contratada y los demás beneficios se encontraban supeditados a su continuidad dentro de la compañía aseguradora los cuales finalizarían al culminar la relación laboral, extinguiéndose de pleno derecho los beneficios ofrecidos, razón por la cual resultaba inútil cualquier notificación posterior del cese de la aludida póliza.

Igualmente, asegura la inexistente violación a los derechos de la mencionada ciudadana por desconocimiento de las condiciones de contratación de la póliza, por cuanto ella era conocedora de todos los procedimientos internos en virtud de ser una experta en la materia de seguros.

Con el objeto de resolver el alegato de falso supuesto de hecho formulado por la representación judicial de la empresa demandante, esta Sala considera oportuno traer a colación el contenido del artículo 53 de la Ley del Contrato de Seguros, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Núm. 5.553 del 12 de noviembre de 2001, el cual establece:

“Artículo 53: La empresa de seguros podrá dar por terminado el contrato de seguro, con efecto a partir del decimosexto (16°) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación que a tal fin envíe el tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja de la empresa de seguros, a disposición del tomador, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima consumida por el período que falte transcurrir (...)”. (Destacado de la Sala).

Según el contenido de la norma transcrita, la empresa aseguradora podrá dar por terminado el contrato de seguro con efecto a partir del decimosexto (16°) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación

que a tal fin envíe el tomador y adicionalmente se encuentre el importe correspondiente en la caja de la compañía de seguros.

Bajo la óptica de lo señalado, en el caso de autos efectivamente la sociedad mercantil aseguradora podía tomar la decisión de anular anticipadamente la póliza de seguros contratada con la ciudadana Carmen Amalia Rodríguez Rodríguez; sin embargo, esa decisión se encontraba sometida a la verificación de las antes indicadas dos (2) condiciones concurrentes y necesarias para la procedencia de la anulación.

Ahora bien, en el caso objeto de estudio no se evidencia el cumplimiento tempestivo de ninguna de las condiciones necesarias para eximirse a la empresa demandante de responsabilidad, no siendo suficiente el hecho de que la ciudadana Carmen Amelia Rodríguez Rodríguez hubiese decidido el 6 de noviembre de 2009 culminar la relación laboral con la sociedad de comercio Seguros Nuevo Mundo, S.A., tomando en cuenta que la póliza contratada tenía vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Razón por la cual esta Máxima Instancia desestima el argumento de la parte actora relativo al vicio de falso supuesto de hecho alegado, dado que la Administración actuó ceñida a los hechos y al ordenamiento jurídico que expresamente le habilita para proteger a los usuarios y usuarias en sus derechos como consumidores y consumidoras. Así se declara.

Sobre la base de las consideraciones que anteceden, esta Sala declara Sin Lugar la demanda de nulidad interpuesta por la sociedad de comercio aseguradora contra la Providencia Administrativa S/N de fecha 11 de abril de 2011, emitida por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Económicos (SUNDDE), la cual queda firme. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00949.

FECHA: 20 de abril de 2006.

PARTES: Seguros La Previsora C.A., contra, el Ministerio de Finanzas.

.....
**TEMA: SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA Y LA USURPACIÓN DE FUNCIONES**

Máxima: la Superintendencia de Seguros es el órgano regulador de la actividad aseguradora y como tal le han sido atribuidas por la Ley una serie de competencias. Así, sus potestades de fiscalización, supervisión y control, van acompañadas de su potestad sancionatoria, dirigida a penar las infracciones cometidas por los sujetos de derecho sometidos a su control, derivadas del incumplimiento de las normas legales que regulan sus obligaciones.

EXTRACTO:

Antes de efectuar el análisis respecto al asunto debatido se observa, que en fecha 28 de julio de 2004, la representante de la República en su escrito indicó, que acudía ante este Supremo Tribunal “en la oportunidad procesal para presentar observaciones de informes”, siendo que el acto de informes se efectuó el día 8 de julio de 2004.

En caso análogo, la Sala ha expresado (Sentencia N° 04238, del 16 de junio de 2005, caso Seguros La Previsora), lo siguiente:

“Conforme al segundo párrafo del artículo 19 de la Ley Orgánica del Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela, la reglas del Código de Procedimiento Civil rigen de ma-

nera “supletoria” en los procedimientos que cursen por ante este Máximo Tribunal, lo que implica que es la referida ley el instrumento normativo que debe aplicarse, preferentemente, en cada una de las actuaciones que lleva a cabo la Sala y sólo en caso de que no medie una norma en particular que regule la situación que se trate, es que se acudirá al mencionado código.

Luego, el artículo 513 del Código de Procedimiento Civil (que sirvió de sustento al escrito antes mencionado), dispone que “Presentados los informes, cada parte podrá presentar al Tribunal sus observaciones escritas sobre los informes de la contraria, dentro de los ocho días siguientes, en cualquiera hora de las fijadas en la tablilla a que se refiere el artículo 192”, siendo que la razón de ser de la norma, radica en que al presentarse los informes de manera escrita, el legislador estimó pertinente procurarle a las partes el derecho de refutar las argumentaciones que se hubiesen realizado en dicha oportunidad, otorgando para tal fin el lapso de ocho días tal y como lo prescribe el mencionado artículo.

Ahora bien, de acuerdo con el párrafo noveno del mismo artículo 19 de la ley que rige a este Tribunal Supremo de Justicia, la presentación de los informes en la materia aquí tratada se efectúa de forma oral, constituyendo ello la última actuación de las partes en el proceso. En efecto, la aludida norma dispone lo siguiente:

“Iniciada la relación de la causa, las partes deberán presentar sus informes en forma oral, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la hora que fije el Tribunal Supremo de Justicia. Al comenzar el acto de informes, el Presidente de la Sala respectiva señalará a las partes el tiempo de que disponen para exponer sus informes, y de igual modo, procederá si las partes manifestaren su deseo de hacer uso del derecho de réplica y contrarréplica. Los informes constituyen la última actuación de las partes en relación con la materia litigiosa que sea objeto del juicio o de la incidencia que se trate”. (resaltado de la Sala).

Del texto transcrito se desprende que es en el propio acto de infor-

mes, específicamente al momento de utilizar el derecho a réplica o contrarréplica, la oportunidad que tiene cada parte de referirse a lo expuesto por la contraria en sus informes, no siendo, por lo tanto, procedente la presentación de observaciones conforme lo pauta el artículo 513 del Código de Procedimiento Civil. Esta aseveración, se reafirma cuando el referido texto legal expresa que los informes constituyen la última actuación de las partes en relación con la materia litigiosa.

En todo caso, es oportuno mencionar que al examinarse el escrito presentado por la abogada Luisa Barbella, se evidencia que más que observaciones a los informes rendidos por la demandante, lo que se expresa son sus propios argumentos acerca de la controversia aquí tratada, desvirtuando de tal modo, lo que representa dicha figura procesal.

Así las cosas, debe la Sala establecer que por no ser procedente la realización de observaciones a los informes en el contexto del recurso de nulidad a que se contrae la presente causa, los alegatos esgrimidos por la citada abogada Luisa Barbella en el mencionado escrito, no son objeto de valoración a los fines decisorios. Así se declara”. (Resaltado del presente fallo)

En consecuencia, acogiendo el criterio antes expuesto, esta Sala declara que los alegatos esgrimidos por la representante de la República en su escrito de “observaciones de informes”, no son objeto de valoración a los fines decisorios. Así se declara.

Ahora bien, en cuanto al argumento expresado por la recurrente, relativo a que se configuró el vicio de extralimitación y usurpación de funciones por parte de la Superintendencia de Seguros al interpretar los términos del mencionado contrato de seguro, conviene recordar la definición dada por esta Sala en relación a los mencionados vicios (Sentencia N° 02128, de fecha 21 de abril de 2005, dictada en el caso Godofredo Orsini González), en la cual se expresó:

“La usurpación de funciones constituye un vicio que tiene lugar cuando una autoridad legítima dicta un acto invadiendo la esfera de competencias de un órgano perteneciente a otra rama del Poder Público, violentando de ese modo las disposiciones contenidas en los artículos 136 y 137 de la Constitución de la República que consagran, por una parte, el principio de separación de poderes, en razón del cual cada rama del Poder Público tiene sus funciones propias, y se establece, por otra, que sólo la Constitución y la ley definen las atribuciones del Poder Público y a tales normas debe sujetarse su ejercicio. De manera que al invadirse la esfera de atribuciones que es propia de otro órgano del Poder Público, se estaría incurriendo en una incompetencia manifiesta, lo cual se traduciría necesariamente en la nulidad absoluta del acto impugnado. Asimismo, se habla de extralimitación de atribuciones cuando una autoridad investida legalmente de funciones públicas, dicta un acto que constituye un exceso de las atribuciones que le han sido conferidas”. (Resaltado del presente fallo)

Lo expuesto resulta relevante para el presente caso, toda vez que la Sala advierte que de los argumentos expresados por la recurrente, lo que se configuraría, de ser cierto tal alegato, es el vicio de usurpación de funciones, y no así la extralimitación de atribuciones ya que se denuncia una intromisión por parte de la Administración en las funciones propias de los Tribunales de la República, que vendría dada por el hecho de que la Superintendencia de Seguros para determinar si hubo elusión, se pronunció sobre la procedencia de la indemnización de la asegurada, siendo esto último, supuestamente competencia exclusiva del órgano jurisdiccional.

A tal efecto resulta necesario establecer los términos en que la decisión recurrida impuso la sanción a la accionante, a objeto de verificar si la misma comportó la aludida usurpación de funciones.

En este contexto, la Sala aprecia que el acto impugnado dispuso lo siguiente:

“En tal sentido una vez diagnosticado o demostrado que el embarazo se produjo durante la vigencia de la contratación, el hecho que da lugar al pago del siniestro no se ha causado y en el supuesto de que la póliza haya finalizado, aplicaría la regla según la cual el Código de Comercio, vigente para la fecha en que ocurrieron los hechos, recogido en el Decreto con fuerza de Ley del contrato de seguros, el siniestro iniciado durante la vigencia del contrato y continuado después corre a cargo del asegurador. En otras palabras, considera este Despacho que el siniestro se encuentra cubierto por la póliza a pesar de su anulación y en consecuencia el gasto médico ocasionado. Con fundamento en lo anterior, esta alzada considera que se ha producido el ilícito administrativo de la elusión. Así se declara”.

Como puede apreciarse de la anterior transcripción, si bien la Administración hace referencia a la procedencia de la indemnización, tal consideración se efectuó en estricta relación con el hecho de que en uso de las facultades que le son atribuidas por la Ley, determinara si hubo o no elusión de las obligaciones. De manera que tal actuación por parte del órgano recurrido no comportó el vicio invocado por el recurrente.

En efecto, la Sala ha expresado en anteriores oportunidades con relación a dicho aspecto (Sentencia 01752, de fecha 27 de julio de 2000, caso Seguros Capitolio C.A.), lo siguiente:

“Siendo ello así, interesa destacar que de conformidad con el artículo 6 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, corresponde a la Superintendencia de Seguros, entre otras, la inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control de la actividad aseguradora y en especial de las empresas de seguros y de reaseguros constituidas en el país; asimismo, el artículo 12 eiusdem dispone que la Superintendencia de Seguros tendrá facultad para investigar o inspeccionar cualesquiera hechos, actos o documentos

relacionados con las empresas de seguros. Igualmente, el artículo 175 de la precitada ley prevé la posibilidad de que el mencionado organismo sancione la elusión o retardo de las empresas de seguros, en el cumplimiento de sus obligaciones.

La Superintendencia de Seguros tiene, entonces, expresamente atribuidas funciones de control sobre las compañías de seguros, y a los fines de determinar, en el caso de autos, el incumplimiento de la empresa recurrente, específicamente en su obligación de indemnizar el siniestro sufrido por la sociedad mercantil Consorcio Lake Plaza, debía, necesariamente, analizar el cumplimiento o no de la póliza emitida por la empresa de seguros a esta última. Por tanto, la denuncia en referencia resulta improcedente, y así se declara”.

Por lo tanto, conforme al criterio jurisprudencial transcrito, la Superintendencia de Seguros es el ente regulador de la actividad aseguradora y como tal le han sido atribuidas por la Ley una serie de competencias que son de la naturaleza de dichos entes. Así, sus potestades de fiscalización, supervisión y control, van acompañadas de su potestad sancionatoria, dirigida a penar las infracciones cometidas por los sujetos de derecho sometidos a su control, derivadas del incumplimiento de las normas legales que regulan sus obligaciones.

Concretamente en el caso que se analiza, se observa que corren insertos en los folios 11 y 12 del expediente administrativo, la denuncia efectuada por la ciudadana Leyda Calderón, en fecha 18 de agosto de 2000, ante la Superintendencia de Seguros contra la sociedad mercantil C.N.A de Seguros La Previsora, todos identificados, en razón de que dicha empresa anuló de manera unilateral la póliza contratada con ella, encontrándose embarazada y sin haberla notificado, en los términos siguientes:

“Me dirijo al Despacho que usted preside con el fin de denunciar a la empresa aseguradora La Previsora C.A, por la anulación de manera unilateral de la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad Previ Salud Premier número 50-0501-01002512; la cual nunca reci-

bí comunicación escrita de la empresa aseguradora La Previsora C.A y/o la sociedad de corretaje Genseca C.A. Habiendo realizado por dos años consecutivos la contratación de la póliza antes citada y habiéndoles enterado de que hallaba embarazada y teniendo hasta la fecha 36 semanas de gestación según Informe Por lo cual violan la condición de cancelación anticipada sabiendo que me hallo en estado de gravidez habiendo cumplido con el lapso de espera que establece la póliza y hallándome en disposición de renovar la misma”.

Por tal motivo la mencionada Superintendencia abrió una averiguación administrativa a los fines de determinar si dicha actuación se encuadraba dentro del supuesto de infracción por elusión, regulado en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, el cual establece:

“Artículo 175: Las empresas de seguros que sin causa justificada, a juicio del Superintendente de Seguros, eludan o retarden el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios, serán sancionadas de acuerdo con la gravedad de la falta, con multa comprendida entre cien mil bolívares (Bs. 100.000) y el equivalente en bolívares a quinientos (500) salarios mínimos urbanos; sin perjuicio de que le sea suspendida temporalmente la licencia o revocada la autorización para actuar en el ramo donde ocurra la demora”.

De lo anterior se concluye, que a los fines de la determinación de si la conducta de la mencionada empresa podría encuadrarse en el supuesto antes indicado, era necesario que la precitada Superintendencia analizara los términos del contrato de seguros y en consecuencia, se pronunciara sobre la procedencia de la indemnización de la asegurada, tal como lo hizo, ya que dicha infracción se refiere a la elusión o retardo en el cumplimiento de las obligaciones por parte de la empresa aseguradora. Por tanto, dicho Organismo no incurrió en el prenombrado vicio de usurpación de funciones. Así se decide.

Por otra parte en cuanto al vicio de falso supuesto alegado, observa esta Sala, que la jurisprudencia ha sostenido de manera uniforme y reiterada, que el prenombrado vicio se configura de dos maneras, a saber, falso supuesto de hecho, cuando la Administración al dictar un acto fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el o los asuntos objeto de decisión y falso supuesto de derecho, cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponde con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar un acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo para fundamentar su decisión, lo cual incide en la esfera de los derechos subjetivos de los administrados. (Vid. Sentencia N° 44, del 3 de febrero de 2004, caso Diómedes Potentini Millán).

.....
TEMA: NOTIFICACIÓN DE LA ANULACIÓN DE LA PÓLIZA

Máxima: para que la anulación se haga efectiva es necesaria la notificación a la asegurada.

Máxima: la empresa aseguradora al saber que la asegurada se encontraba en estado de gravidez y que además no tenía conocimiento de la anulación de la póliza estaba obligada a cubrir los gastos concernientes al parto.

EXTRACTO:

Ahora bien, el falso supuesto se manifestó a juicio de la recurrente por el hecho de que el Ministerio de Finanzas consideró el embarazo como un siniestro ocurrido durante la vigencia de la póliza incurriendo en la errónea interpretación del antes transcrito artículo 175 la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y de los artículos 548 y 564, del Código de Comercio, así como, los cuales disponen:

“Artículo 548: El seguro es un contrato por el cual una parte se

obliga, mediante una prima, a indemnizar las pérdidas o los perjuicios que puedan sobrevenir a la otra parte en casos determinados, fortuitos o de fuerza mayor; o bien pagar una suma determinada de dinero, según la duración o las eventualidades de la vida o de la libertad de la persona.

Artículo 564: Si la pérdida o deterioro de la cosa asegurada se consumare por accidente ocurrido antes y continuado hasta después de vencido el término del seguro, los aseguradores responden del siniestro. Pero si el siniestro ocurriese antes que los riesgos hubieren comenzado a correr por cuenta de los aseguradores y continuare después, éstos no son responsable”.

Conforme a lo expuesto, observa la Sala que en los casos de mujeres embarazadas, todos los gastos ocasionados con ocasión de las consultas obstétricas, los exámenes y estudios eco-gráficos practicados para el control de su estado, se imputan a la cobertura por maternidad y no como siniestros particulares y distintos al parto, que serían cancelados por la cobertura general del seguro de hospitalización, cirugía y maternidad, de manera que el propio seguro otorga al embarazo y a todos sus eventos relacionados, el tratamiento de un único siniestro que se manifiesta de manera sucesiva, durante el transcurso del tiempo hasta el parto; por lo tanto, en relación con la posibilidad de anular la póliza de manera unilateral por parte de la aseguradora, es preciso acotar que para que dicha anulación se hiciera efectiva, era necesaria la notificación de la mencionada asegurada.

Al respecto, la recurrente afirmó que “notificó la anulación de la póliza a la corredora de seguros de la asegurada en fecha 16 de marzo de 2000, sin encontrarse en conocimiento del estado de embarazo de la asegurada”, lo cual no consta en el expediente que se hubiera realizado. A tal efecto se evidencia en el folio N° 8 del expediente administrativo, copia de comunicación de fecha 25 de julio de 2000, dirigida a la empresa Seguros La Previsora, por Genseca Gente de Seguros C.A., Sociedad de Corretaje, mediante la cual le remite “Copia del Telegrama enviado al asegurado, el cual fue suministrado por esas oficinas, recibo devolución de prima, che-

que por concepto de devolución de prima no consumada. Los mismos son regresados ya que el asegurado alega que nunca recibió el Telegrama, tal como lo establece la póliza de seguros, así mismo no indica que no aceptará la devolución de la prima toda vez que en la actualidad, se encuentra embarazada con parto probable para el mes de agosto o septiembre, por lo que agradecemos ubicar el acuse de recibido del telegrama”.

Conforme a lo expuesto, esta Sala observa que en el expediente no se encuentra el acuse de recibo de la asegurada, de manera que considerando los recaudos antes referidos, se evidencia que aun cuando la compañía de seguros presuntamente notificó en fecha 16 de marzo de 2000, a la corredora de seguros de la anulación de la póliza, la asegurada ciudadana Leyda Calderón, no tuvo conocimiento de la misma sino hasta el 20 de julio de 2000, como se evidencia de comunicación suscrita por la mencionada ciudadana a la Superintendencia de Seguros en fecha 22 de agosto de 2001, la cual riel en el folio 39 del expediente administrativo y en la que expresa “La denuncia efectuada a su Despacho cinco meses después fue motivada a que yo me entero de la anulación de mi póliza de H.C.M a través de una llamada telefónica que recibo el 20/07/2000 de la Sociedad de Corretaje Genseca, donde se me informa que pase por esa oficina a retirar un cheque por anulación de póliza de H.C.M.”.

En consecuencia la Sala estima, que ni la Superintendencia de Seguros, ni el Ministerio de Finanzas al ratificar la sanción impuesta, incurrieron en la errónea aplicación de los artículos 548 y 564 del Código de Comercio, así como del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, antes transcritos, ya que la empresa C.N.A. de Seguros la Previsora, al saber que la asegurada se encontraba en estado de gravidez y que además no tenía conocimiento de la anulación de la póliza, estaba obligada a cubrir los gastos concernientes al parto; por tanto la Resolución recurrida no se encuentra viciada de falso supuesto de hecho ni de derecho. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01441.

FECHA: 06 de junio de 2006.

PARTES: Seguros La Previsora contra el Ministerio de Finanzas.

.....
TEMA: ELUSIÓN, RETARDO Y RECHAZO GENÉRICO

Máxima: la falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de cancelación de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsumiría en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implicaría el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsumiría en el supuesto de retardo sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo parágrafo cuarto del artículo en comento.

EXTRACTO:

Efectuada la lectura y análisis de las actas que conforman el presente expediente, este Máximo Tribunal procede a pronunciarse en los siguientes términos:

Preliminarmente, debe señalarse que encontrándose el asunto de fondo en etapa de sentencia y no habiendo sido resuelta la solicitud de suspensión de efectos del acto impugnado, formulada por la parte accionante, es evidente el decaimiento de dicha solicitud, de allí que encuentra la Sala inoficioso entrar a conocer del referido pronunciamiento previo. Así se declara.

Ahora bien, efectuadas las anteriores consideraciones, estimadas de importancia como marco general a los efectos de dilucidar la situación planteada, corresponde examinar los señalamientos efectuados por la impugnante sobre el asunto en particular.

Se observa que el alegato de vulneración del principio de la reserva legal, se fundamenta en que la sanción impuesta en el particular primero de la providencia que fue objeto del recurso de reconsideración, se sustentó en el encabezamiento del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, el cual sólo se aplicaba a las figuras de la elusión o retardo y no con respecto al denominado rechazo genérico; mientras que por su lado el acto administrativo impugnado ratificó la medida adoptada.

Así, la falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de cancelación de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsumiría en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implicaría el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsumiría en el supuesto de retardo sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo párrafo cuarto del artículo en comento.

El ramo asegurador reviste una especial significación para el legislador, quien consideró, incluso, como necesaria la intervención del Órgano Ejecutivo a través de la Superintendencia de Seguros, a los efectos de inspeccionar, supervisar, vigilar, fiscalizar, regular y controlar la actividad aseguradora.

En lo que se refiere a la existencia del vicio de falso supuesto del que, presuntamente, adolece el acto recurrido, la Sala considera oportuno ratificar una vez más que el aludido vicio se configura de dos maneras, a saber: cuando la Administración, al dictar un acto administrativo, fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el o los asuntos objeto de decisión, incurre en el vicio de falso supuesto de hecho. Luego, cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar el acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo para fundamentar dicha decisión, lo cual incide decisivamente en la esfera de los derechos subjetivos del administrado, se está en presencia de un falso supuesto de derecho.

.....
TEMA: RECHAZO GENÉRICO

Máxima: si bien la compañía aseguradora informó al asegurado que el siniestro no le sería pagado de conformidad con lo establecido en la cláusula siete (7) de las condiciones particulares de la póliza, según la cual “la compañía quedará relevada de la obligación de indemnizar si el asegurado: e) no pudiera demostrar fehacientemente las pérdidas sufridas”, la sola mención de la aplicación de la cláusula no es suficiente para explicar las razones que llevaron a la compañía aseguradora para considerar que no se había demostrado fehacientemente las pérdidas sufridas por el asegurado.

Máxima: si la documentación consignada por el asegurado no era suficiente para demostrar fehacientemente las pérdidas sufridas, correspondía a la empresa de Seguros explicar en forma detallada por qué esa documentación era insuficiente, estableciendo la relación directa entre los documentos faltantes y la información indispensable que, según lo estipulado en el contrato de seguro, era necesaria para proceder al pago del siniestro.

EXTRACTO:

Ahora bien, en el caso bajo análisis la accionante argumenta la existencia de falso supuesto por considerar que el Ministerio de Finanzas mantiene la sanción a su representada bajo el supuesto de que ésta no indicó al asegurado cuáles fueron los motivos que originaron la negativa de cobertura del siniestro, cuando lo cierto es que la cláusula contractual transcrita en el telegrama enviado al asegurado “era lo suficientemente explicativa e indicaba con exactitud los hechos que dieron origen a la negativa de cobertura del siniestro”.

Al respecto, considera la Sala importante resaltar lo siguiente:

Mediante telegrama de fecha 04 de septiembre de 2002, la C.N.A. de Seguros La Previsora, informó al asegurado su negativa de cancelar el siniestro en los siguientes términos:

“NOTIFICAMOS DECLINACIÓN DE TODA RESPONSABILIDAD DEL SINIESTRO PRESENTADO POR USTEDES BASÁNDONOS EN LA CLÁUSULA 7 DE LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA. LA COMPAÑÍA QUEDARÁ RELEVADA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR SI EL ASEGURADO: E) NO PUDIERA DEMOSTRAR FEHACIENTEMENTE LAS PÉRDIDAS SUFRIDAS”.

De la lectura anterior considera la Sala, que si bien la compañía aseguradora informó al asegurado que el siniestro no le sería cancelado de conformidad con lo establecido en cláusula siete de las condiciones particulares de la póliza, según la cual “la compañía quedará relevada de la obligación de indemnizar si el asegurado: e) no pudiera demostrar fehacientemente las pérdidas sufridas”, la sola mención de la aplicación de la cláusula no es suficiente para explicar las razones que llevaron a la compañía aseguradora para considerar que no se había demostrado fehacientemente las pérdidas sufridas por el asegurado.

En este orden de ideas, debe resaltarse que, en el curso de la investigación por parte de la compañía aseguradora, se realizaron dos ajustes de pérdidas y en el último de ellos se concluyó, que en virtud de las irregularidades encontradas y el hecho de que el asegurado no entregara toda la documentación requerida, resultaba imposible realizar el cálculo de los daños ocasionados por la ocurrencia del siniestro.

Sin embargo, de la revisión efectuada al expediente administrativo, específicamente a la comunicación inserta en el folio cincuenta y nueve (59), pudo constatar la Sala que el representante de la sociedad mercantil SUYIN, C.A., remitió a la compañía aseguradora varios de los recaudos solicitados con el objeto de cumplir con los requerimientos de la compañía de seguros, los cuales fueron apreciados en el informe realizado por la empresa de ajustes de pérdidas; por tanto, estima la Sala, si tales documentos no eran suficientes para demostrar fehacientemente las pérdidas sufridas, correspondía a la C.N.A. de Seguros La Previsora explicar en forma detallada por qué esa documentación era insuficiente; estableciendo la relación directa entre los documentos faltantes y la información indispensable que, según lo estipulado en el contrato de seguro, era necesaria para proceder al pago del siniestro.

De lo expuesto, considera la Sala que la compañía aseguradora no explicó al asegurado las razones por las cuales la documentación por él aportada

no fue suficiente para demostrar fehacientemente las pérdidas sufridas, incurriendo la compañía aseguradora en el supuesto contemplado en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de rechazar en forma genérica el pago del siniestro ocurrido. En consecuencia, debe la Sala desestimar el alegato de vicio de falso supuesto formulado por la empresa recurrente. Así se declara.

3.- En lo que se refiere al alegato de que la autoridad ministerial vulneró el principio de la gradación de la sanción, principio relacionado a la aplicación de la sanción en función del hecho y su gravedad, ello por cuanto, en criterio de la accionante, en el acto recurrido el Ministro de Finanzas ratificó la sanción impuesta por la Superintendencia de Seguros, por la cantidad de nueve millones novecientos cincuenta mil bolívares (Bs. 9.950.000,00), la Sala estima pertinente concatenarlo con el último de los vicios denunciados referidos a la violación de los límites de la discrecionalidad administrativa, pues según la parte actora, “el acto administrativo recurrido excedió los límites de la discrecionalidad por ser desproporcionado, no adecuarse a los fines perseguidos por la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos y por no guardar debida adecuación con ninguna situación de hecho”, toda vez que ambos argumentos versan sobre el mismo aspecto.

En este orden de ideas, resulta conveniente indicar que el principio de la proporcionalidad contenido en el artículo 12 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, establece que aun en los casos en que opere cierta discrecionalidad de parte de la Administración, se debe respetar la debida concordancia entre el supuesto de hecho que dio lugar al acto administrativo y la finalidad de la norma, esto con el objeto de alcanzar un verdadero equilibrio en el cumplimiento de los fines de la Administración Pública.

Ahora bien, con respecto al caso tratado ya ha sido establecido a lo largo de la presente decisión que existía el correspondiente sustento legal para la actuación de la autoridad pública sancionante y que fue bajo la norma-

tiva respectiva que se impuso la multa cuestionada, resaltándose en este sentido, el hecho de que la misma no se aplicó en el límite máximo fijado por el legislador; además, ninguna de las afirmaciones expuestas por la demandante, generan en este Alto Tribunal la convicción de que la Administración haya actuado sin la debida ponderación de las circunstancias que rodearon el asunto aquí analizado.

Por todo lo expuesto, la Sala estima que en la presente causa no se verificó la violación de los principios de la gradación de la sanción y de la proporcionalidad. Así se declara.

De las consideraciones anteriores, esta Sala debe declarar sin lugar el recurso de nulidad. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.00595.

FECHA: 08 de agosto de 2006.

PARTES: Distribuidora Gold P.C., C.A. contra Seguros Pan American, C.A.

.....

**TEMA: EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA AMPARADA
(DOLO DEL ASEGURADO)**

Máxima: es improcedente la aplicación de la exclusión de la cobertura amparada por la póliza de seguro, a partir de la presunción legal prevista en el artículo 560 del Código de Comercio, según la cual el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito, pero el asegurador puede probar que ha ocurrido por causa que no le constituye responsable según la convención o la ley, pues la asegurada empleó el cuidado necesario para prevenir el siniestro que le aconteció (robo), de conformidad con

lo previsto en el artículo 568 ordinal 3° del Código de Comercio, haciendo uso de todos los medios razonables para ello, al tener contratado un servicio privado de vigilancia, sin que tal obligación pudiera considerarse incumplida por conducta negligente del asegurado, sobre la base del hecho que uno de sus empleados que se desempeñaba como vigilante de la asegurada el día en que ocurrió el siniestro, resultara cómplice en la perpetración del mismo y condenado penalmente por el mencionado delito.

EXTRACTO:

(...) Al amparo del ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, la formalizante denuncia la infracción de los artículos 12 eiusdem, 560 y 568 ordinal 3° del Código de Comercio y 4, 1.159 y 1.160 del Código Civil, por errónea interpretación en cuanto al contenido y alcance de las mismas.

Se fundamenta la denuncia de la siguiente manera:

“Denunciamos, con apoyo en el ordinal 2do. del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, la infracción por la recurrida de los artículos 560 y 568.3 del Código de Comercio, aplicables en la época en que ocurrió el siniestro, por error de interpretación en su contenido y alcance, así como en los artículos 4, 1.159 y 1.160 del Código Civil y 12 del Código de Procedimiento Civil.

Desarrollo

Fue defensa consistente de nuestra representada su exclusión de cobertura, conforme lo dispone la cláusula No. 4, aparte 4.1. del contrato, citado y transcrito por la recurrida en la sentencia (Folio 23), mediante el cual se establece que el seguro no cubre la negligencia manifiesta de la persona o

personas a cargo de la custodia de los bienes asegurados para salvaguardarlos y preservarlos, haciendo uso de todos los medios razonables en su desempeño.

Consta en la misma sentencia que el Juzgador tiene por demostrado que el siniestro se produce por la participación activa en título de cómplice de una persona de nombre COSME MALDONADO, quien se desempeñaba como vigilante de la empresa el día del siniestro (Folio 24).

Sin embargo, teniendo frente a sí las palabras claras de la causa de exclusión, el Juzgador yerra en el contenido y alcance de la cláusula y de las disposiciones contractuales citadas, de tal manera que le atribuye efectos que no contiene.



La incorrecta interpretación de la norma salta a la vista, pues no podía dar el Superior por satisfecha la carga del asegurado con la simple contratación de la empresa de vigilancia, ignorando la relevancia que tenía la participación activa del vigilante en la comisión del delito producido.

Como ya lo expresamos en informes, aceptar este criterio implica que la diligencia o conducta esperada en los términos de la concepción del buen padre de familia, sólo se limita a la contratación de la empresa y no a la esmerada escogencia de esa empresa, pues, si para establecer la diligencia de la empresa demandante solo es exigible, como lo asentó la alzada, la sola contratación de una empresa de vigilancia, sin importar los riesgos que emergen de esa escogencia, tampoco pueden colocarse en cabeza la empresa aseguradora el mayor peso de esa escogencia, sin atender a la responsabilidad de quién escogió, por sí mismo y en su sólo criterio, la persona o personas responsables de vigilar el bien asegurado.

Por lo tanto, la correcta interpretación de los artículos precitados, implicaban que el asegurado no debió ser negligente en la escogencia de la empresa de vigilancia, cuyo personal participó en la comisión del delito,

que quedó asentado en la sentencia recurrida, de tal manera que el verificarse ese supuesto, debió aplicar a cabalidad la exclusión de la cobertura.

De esta forma, el Juzgador de alzada infringió los artículos supra citados, que si hubiesen sido interpretados en su correcto sentido y alcance, habrían llevado a la conclusión de que el asegurado no fue diligente en el cuidado de los bienes asegurados, procediendo entonces la exclusión de cobertura establecida en el contrato” (Transcrito de la Sala).

La formalizante aduce que la recurrida dio por satisfecha la carga del beneficiario o asegurado (accionante) en cuanto a la custodia de los bienes asegurados, con la contratación que la misma hiciera a su sólo criterio de una empresa de vigilancia, sin tomar en consideración que un empleado de seguridad de ésta última participó en la comisión del delito cuyo siniestro se reclama, siendo que, según su dicho, ello denota negligencia del asegurado en la escogencia de la mencionada empresa; y por tanto, el ad quem debió aplicar la exclusión de cobertura establecida en la cláusula N° 4, aparte 4.1, del contrato de seguro suscrito entre los intervinientes de la controversia, alegada como defensa.

Al respecto, la recurrida estableció:

“4.- Del mérito de la causa.

Se reclama la indemnización de un siniestro originado por el robo de unos bienes que se encontraban dentro de la sede de la empresa DISTRIBUIDORA GOLD PC C.A., que se dice ocurrió el día 29.05.2000 y que se dice amparado por una póliza de seguro N° 81-35-300615-0, suscrita por las partes en fecha 11.10.1999, y que ha sido admitida por el asegurador, mas no la existencia del daño.

((Omissis))

Bajo tales parámetros, no cabe la menor duda que existe un contrato de seguro y su correspondiente cuadro de póliza (f. 10 a 18), y amparado por una póliza de seguro N° (Sic) 81.10.1999 y vigente

hasta el 08.10.2000, por lo que la reclamación, defensas e indemnizaciones que pudieran resultar se registrarán por lo normado en dicho contrato. ASÍ SE DECLARA.

Del riesgo y la cobertura.

Señala la accionante que en fecha 29.05.2000, aproximadamente a las 08:15 am sufrió un siniestro, cuando personas desconocidas ingresaron a la sede de la empresa y se llevaron una serie de bienes; que hizo la correspondiente denuncia ante el Cuerpo Técnico de Policial Judicial (Hoy Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminológicas) constancia F-589840-, y posteriormente la notificación a la compañía aseguradora demandada, a los fines de que ésta cumpliera con la indemnización del siniestro acaecido, tal como se acordó en la póliza.

((Omissis))

Por otra parte, ha alegado la demandada (1) la exclusión de la cobertura de conformidad con lo previsto en la Cláusula N° 4, aparte 4.1, que establece que el seguro no cubre la negligencia manifiesta de la persona o personas a cargo de la custodia de los bienes asegurados para salvaguardarlos y preservarlos, haciendo uso de todos los medios razonables en su desempeño; (2) que desconoce la existencia de los daños por cuanto los mismos no pueden ser especificados; (3) que no procede la indexación de conformidad con lo dispuesto en la Cláusula N° 16 de las Condiciones Particulares de la póliza; y (4) que la póliza contempla un deducible, que no ha sido objeto de sustracción el monto global de la reclamación formulada.

a.- De la exclusión de la cobertura.

La parte demandada sostiene que debe excluirse la cobertura en el presente caso, por cuanto, a su decir, consta suficientemente de los autos que el ciudadano COSME MALDONADO, quien se desempeñaba como vigilante de la empresa el día del siniestro, fue cómplice de los otros sujetos que efectuaron el robo, y que fue condenado penalmente.

Se pretende que se declare la exclusión de la cobertura alegándose la negligencia manifiesta de la persona encargada de la custodia de los bienes asegurados.

Ahora bien, de conformidad con el artículo 560 del Código de Comercio el siniestro que se presume ocurrido por caso fortuito, pero el asegurador puede probar que ha ocurrido por causa que no le constituye responsabilidad según la convención o la ley. Es decir, que hay una presunción que obra a favor del asegurado, cuya carga probatoria de destruirla le corresponde al asegurador para así eximirse de responsabilidad.

Se evidencia de los autos que la parte actora celebró un contrato de servicios de vigilancia con la empresa PROSERSA S.A., y que dicha empresa se encargaba de proveer a la parte actora de personal de vigilancia, y de los uniformes e implementos de trabajo.

Quiere decir que la parte actora cumplió con su obligación de contratar los servicios de una empresa de vigilancia para prevenir el siniestro (art. 568.3 com), sin que pueda ser afectada su conducta por el hecho de que un vigilante al servicio de la empresa contratada haya participado en el robo. Esa situación surgida con la empresa contratada haya participado en el robo. Esa situación surgida con la empresa de vigilancia no puede entenderse nunca como una conducta negligente de asegurado, ya que, al contratar la compañía de vigilancia, hizo uso de todos los medios razonables para preservar los bienes asegurados.

Por otra parte, no se puede apreciar el informe Final de Ajustes de Pérdidas realizado en fecha 25.07.2000 por la empresa MEGA AJUSTES 36 C.A., para probar que el asegurado incumplió con lo dispuesto en la cláusula cuarta de las Condiciones Particulares de la póliza, ya que el mismo al no ser ratificado mediante la correspondiente testimonial, no fue admitido.

Luego, no procede la aplicación de la exclusión prevista en la Cláusula Cuarta de las Condiciones particulares de la póliza. ASÍ SE ESTABLECE..." (Transcrito de la Sala).

El juzgador con competencia funcional jerárquica vertical, de acuerdo con el texto supra trasladado, declaró improcedente la invocada defensa, atinente a la aplicación de la exclusión de la cobertura amparada por la póliza de seguro identificada en autos, a partir de la presunción legal prevista en el artículo 560 del Código de Comercio, según la cual y de acuerdo con lo señalado por la propia recurrida, el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito, pero el asegurador puede probar que ha ocurrido por causa que no le constituye responsable según la convención o la ley, pues según estableció que, la accionante empleó el cuidado necesario para prevenir el siniestro que le aconteció (robo), de conformidad con lo previsto en el artículo 568 ordinal 3° eiusdem, haciendo uso de todos los medios razonables para ello, al tener contratado un servicio privado de vigilancia con la empresa Prosera, S.A., sin que tal obligación pudiera considerarse incumplida por conducta negligente del asegurado, sobre la base del hecho que el ciudadano Cosme Maldonado (empleado de la predicha empresa de seguridad) quien se desempeñaba como vigilante de la accionante el día en que ocurrió el siniestro, resultara cómplice en la perpetración del mismo y condenado penalmente por el mencionado delito.

La Sala para decidir, observa:

En primer lugar, es necesario para esta sede casacional hacer algunas consideraciones con respecto a la vigencia de los artículos 560 y 568 ordinal 3° del Código de Comercio, denunciados por el formalizante como infringidos, según lo anteriormente establecido.

El Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, N° 1.505 de fecha 30 de octubre de 2001, publicado en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5.553 el 12 de noviembre del predicho año (oportunidad a partir de la cual entró en vigencia), en su Disposición Derogatoria Única dispone:

“Se derogan los artículos comprendidos entre el 548 y 611 ambos incluidos, del Título XVIII, Libro Primero del Código de Comercio

vigente a partir del 19 de diciembre de 1919, reformado parcialmente por leyes del 30 de julio de 1938, 17 de agosto de 1942, 19 de septiembre de 1942 y 23 de julio de 1955, publicado en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 475” (Subrayado y negrillas del texto).

En el sub iudice, de acuerdo con la transcripción precedentemente realizada de la decisión dictada por el juzgador de alzada, se constata que la preindicada póliza de seguro fue suscrita entre los hoy accionante y accionada en fecha 8 de octubre de 1999 con vigencia hasta el 8 de octubre de 2000, y que el referido siniestro ocurrió el 29 de mayo de 2000.

De acuerdo con lo anterior, se tiene que para la fecha en que se suscribió el contrato de póliza de seguro, antes citado, así como también que para la fecha en que sucedió el mencionado robo, las preindicadas normas hoy derogadas, denunciadas como quebrantadas y afines, en principio, con la materia debatida, se encontraban vigentes; de allí que pudieran resultar las aplicables para resolver la controversia planteada.

En segundo lugar, es oportuno precisar que, de la lectura de la denuncia, en modo alguno explica la formalizante de qué forma la recurrida habría podido infringir los artículos 4, 1.159 y 1.160 del Código Civil y 12 del Código de Procedimiento Civil, lo cual impide a esta Sala determinar si se configuró o no la alegada infracción de esas normas jurídicas. Así se decide.

Ahora bien, el precitado artículo 568 ordinal 3° del Código de Comercio, dispone lo siguiente:

“El asegurado está obligado:

3° A emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro”.

En el sub iudice se observa, que el juez de la recurrida, eligió acertadamente las normas aplicables al caso (artículos 560 y 568 ordinal 3° del

Código de Comercio) y, a los efectos de la interpretación de sus alcances generales y abstractos, la misma resultó acertada, pues tomó en cuenta y verificó las defensas alegadas por la demandada tendentes, al destruir la presunción contenida en el artículo 560 eiusdem, precedentemente referido en cuanto a su contenido, con respecto a que si la causa del siniestro no le constituyó a la aseguradora en responsable del mismo, estimando el tribunal de alzada que la situación suscitada con el empleado de la empresa de vigilancia, según quedó establecida, resultó ajena al asegurado.

Asimismo, y de otro lado, en cuanto al incumplimiento de una de las obligaciones de éste último mencionado, a saber, falta del debido cuidado para prevenir el siniestro, consideró, que al haber contratado los servicios de una compañía de vigilancia, el accionante hizo uso de los medios razonables para preservar los bienes asegurados, con base en todo lo cual, ordenó al asegurador cumplir con su obligación de indemnizarle por los daños sufridos, desechando, por tanto, la predicha defensa de exclusión de la cobertura.

De acuerdo con lo expresado, el ad quem hizo derivar de las normas escogidas, consecuencias que concuerdan con su contenido, concluyendo, entonces de acuerdo con apreciaciones que corresponden a su soberanía en que la conducta del accionante de ninguna manera fue negligente; todo lo cual evidencia que el sentenciador de la recurrida en modo alguno incurrió, en una errónea interpretación de los prenombrados artículos. Así se decide.

En consecuencia, la Sala considera que la denuncia formulada es improcedente, por no haber infracción de los artículos 560 y 568 ordinal 3° del Código de Comercio. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 02309.

FECHA: 24 de octubre 2006.

PARTES: La Oriental de Seguros C.A., contra el Ministerio de Hacienda.
(hoy Ministerio de Finanzas).

.....
**TEMA: EXCESO DE VELOCIDAD Y EL PAGO DEL SINIESTRO
EN EL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: ante la ausencia de pruebas sobre la existencia de una infracción de las normas de tránsito, la empresa recurrente no tenía razones para rechazar, aun parcialmente, el siniestro, por lo que al no indemnizar la totalidad de los daños ocurridos, incumplió la obligación contractual contraída con el asegurado, incurriendo en tal sentido conforme lo determinó en forma correcta la Superintendencia de Seguros y el Ministerio de Finanzas en el supuesto de elusión.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse sobre el presente recurso de nulidad, y en tal sentido se observa lo siguiente:

Adujeron los apoderados judiciales de la empresa recurrente la existencia de los vicios de falso supuesto de hecho y de derecho, ausencia de base legal, exceso de poder y violación del principio de proporcionalidad.

1.- Respecto a los argumentos que indican la existencia de los vicios de ausencia de base legal, de falso supuesto de hecho y de derecho, esta Sala considera necesario examinarlos en forma conjunta por cuanto se encuentran relacionados entre sí.

En lo referente al vicio de ausencia de base legal, esta Sala ha señalado que el mismo se produce cuando un acto emanado de la Administración no es capaz de sostenerse en un instrumento normativo determinado, careciendo de ese modo de la sustentación jurídica necesaria que le sirve de fundamento. (Vid. sentencia N° 161 del 1° de febrero de 2006).

En el caso que nos ocupa, se observa que el acto administrativo impugnado se encuentra fundamentado en los artículos 66 y 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, por lo que, en tal sentido, esta Sala desestima la presente denuncia. Así se decide.

Con respecto a los vicios de falso supuesto de hecho y de derecho, se indica que la jurisprudencia de este Alto Tribunal ha señalado en reiteradas oportunidades que tal vicio puede verificarse de dos maneras, a saber: cuando la Administración, al dictar un acto administrativo, fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el o los asuntos objeto de decisión, en cuyo caso se incurre en el vicio de falso supuesto de hecho. Ahora, cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar el acto los subsume erróneamente en una norma inaplicable al caso o en una inexistente en el universo normativo para fundamentar su decisión (lo cual incide decisivamente en la esfera de los derechos subjetivos de los administrados), se está en presencia de un falso supuesto de derecho que acarrearía la anulabilidad del acto. (Vid. Sentencias de la SPA N° 330 del 26 de febrero de 2002, N° 1.949 del 11 de diciembre de 2003, N° 423 del 11 de mayo de 2004 y N° 6507 del 13 de diciembre de 2005).

En el caso de autos, tales vicios estarían presentes con ocasión de los alegatos de la empresa recurrente relativos a que en el acto administrativo impugnado presuntamente no quedó comprobada la responsabilidad de la empresa recurrente en el ilícito de elusión previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, así como por aplicarse una norma reglamentaria que no había entrado en vigencia.

En cuanto a la aplicación indebida de la norma reglamentaria, esta Sala estima necesario reproducir lo indicado por la Administración en el acto administrativo de imposición de multa, el cual señaló:

“(...) La penalización en cuestión es aplicable siempre y cuando se cometa una infracción a las normas de circulación establecida en el Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre, en consecuencia es necesario establecer quien determina la infracción a las citadas normas reglamentarias, que a juicio de este Organismo deben ser las autoridades competentes que velan por la aplicación de dichas normas, competencia ésta otorgada expresamente por el artículo 411 del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre a los entes que se mencionen en el artículo 49 de la Ley de Tránsito Terrestre, por citar algunos los cuerpos de control y vigilancia del tránsito del Ministerio de Transporte y Comunicaciones. El citado artículo reglamentario establece que dichas autoridades administrativas tendrán competencia para la iniciación, sustanciación y resolución de las actuaciones administrativas a que diese lugar la aplicación de dicha Ley y le corresponderá la tramitación y la decisión en los procedimientos administrativos para establecer la responsabilidad administrativa originada por infracciones de tránsito”. (sic)

Al respecto este Máximo Tribunal observa que si bien la Administración al establecer quién detentaba la competencia para determinar las infracciones de las normas de tránsito, hizo referencia en forma errónea a una norma jurídica (artículo 411 del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre, publicado en la Gaceta Oficial N° 5.240 extraordinario, de fecha 26 de junio de 1998) que no estaba vigente, debe apreciarse que la referida competencia ya se encontraba atribuida a las autoridades administrativas de tránsito, de conformidad con los artículos 47, 49 y 65 de la entonces vigente Ley de Tránsito Terrestre (publicada en la Gaceta Oficial N° 5.085 del 9 de agosto de 1996) que establecían:

“Artículo 47

A los fines de esta Ley y su Reglamento, son autoridades administrativas del tránsito terrestre en el ámbito de su correspondiente circunscripción, el Ejecutivo Nacional, a través del Ministerio de Transporte y Comunicaciones, las Gobernaciones y Alcaldías, por intermedio de sus órganos competentes”.

“Artículo 49

Los cuerpos de control y vigilancia del tránsito del Ministerio de Transporte y Comunicaciones, las policías estatales, metropolitanas y municipales, dentro del ámbito de su respectiva competencia, serán autoridades administrativas del tránsito terrestre, con carácter exclusivo para el control y vigilancia del tránsito, de conformidad con el Reglamento de esta Ley, sin perjuicio de que las Fuerzas Armadas Nacionales puedan ejercer funciones especiales de vigilancia en vías de tránsito terrestre, cuando así lo requiera la seguridad interior o exterior de la República.

No pueden existir cuerpos de vigilancia distintos a los establecidos en este artículo.

“Artículo 65

La tramitación y las decisiones en los procedimientos administrativos, para establecer la responsabilidad administrativa originada por infracciones del tránsito, incluso cuando el accidente haya causado daños materiales a particulares, a la República, a los Estados o a los Municipios, es de la competencia de la autoridad administrativa del tránsito terrestre de la correspondiente circunscripción administrativa”.

Por lo que, en consecuencia, al estar consagrada en la referida Ley la competencia de los entes administrativos para sustanciar y decidir los procedimientos administrativos iniciados con ocasión a la infracción de las normas de tránsito terrestre, esta Sala considera que el error en que incurrió la Administración al referirse a una norma reglamentaria que no había

entrado en vigencia, no genera en el acto impugnado un vicio que pueda ocasionar su nulidad. Por tal razón se desecha el presente alegato. Así se decide.

Respecto al argumento de que no quedó comprobada la responsabilidad de la empresa recurrente en el ilícito de elusión, previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, se observa que el presente caso tuvo su origen en la denuncia interpuesta ante la Superintendencia de Seguros por el ciudadano Luis Alberto Sosa Vásquez, contra la accionante, con ocasión a la negativa de esta última a indemnizarle la totalidad de las reparaciones realizadas a su vehículo asegurado en virtud del siniestro de que fue objeto.

Por su parte la empresa recurrente, en la oportunidad de ejercer su derecho a la defensa en el procedimiento administrativo iniciado por la Superintendencia de Seguros, señaló que el motivo para no indemnizar la totalidad del siniestro se debió a lo siguiente:

“(...) del análisis técnico realizado al siniestro por el equipo profesional altamente calificado con el que cuenta mi representada, se puso de manifiesto el exceso de velocidad con el cual manejaba la conductora del citado vehículo, más aún, si se considera la magnitud del daño causado; puesto que, tal como es lógico pensar, éste ha debido conservar una aceleración moderada, en virtud de las condiciones ambientales del día en el que se produjo el evento y de las circunstancias especiales de la vía en la cual se trasladaba, a fin de evitar los riesgos a los cuales estaba expuesto el bien asegurado”.

Asimismo, se observa que la Administración estimó que la accionante infringió el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, conforme a las siguientes razones:

“(...) de los documentos analizados se encontró copia del expediente instruido por las autoridades de tránsito correspondientes

donde en ningún momento hacen señalamientos de haberse infringido alguna norma de circulación por parte del conductor del vehículo objeto de la reclamación. Asimismo, en el reporte de accidente suscrito por el instructor que actuó en el caso se afirma que no se observó infracción alguna.

(omissis)

(...) la citada empresa de seguros concluyó luego de un análisis técnico que se puso de manifiesto el exceso de velocidad con el cual maneja la conductora del citado vehículo, pero en ningún momento establece que se hayan infringido las normas de circulación del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre, razón por la cual no se comprende la penalización aplicada por la Oriental de Seguros C.A., al ordenar la reparación del vehículo sólo por el 75% de su costo total, penalización ésta contemplada únicamente en la cláusula 10 de las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguros de Casco de Vehículos Terrestres.

En vista de las circunstancias de considerar el siniestro cubierto y de reconocer el costo de la reparación sólo hasta el 75% de su valor, a criterio de este organismo La Oriental de Seguros C.A., está aplicando la penalización contemplada en la mencionada cláusula 10, sin que se hayan infringido normas de circulación establecidas en el Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre (...)."

De la revisión del expediente administrativo y especialmente de las actuaciones levantadas por la autoridad competente, es decir, por la Unidad Estatal de Vigilancia y Tránsito Terrestre N° 12 - Miranda - del entonces llamado Ministerio de Transporte y Comunicaciones (Croquis del accidente, informe del instructor y reporte de accidente, que cursan en los folios 50, 51 y 53), se observa que no existe evidencia que permita concluir que el siniestro hubiera tenido como origen alguna infracción de la normativa de tránsito terrestre. Así se declara.

Asimismo, se verifica que, durante la sustanciación del expediente admi-

nistrativo sancionatorio, la empresa aseguradora no desvirtuó la presunción contenida en el artículo 560 del Código de Comercio, el cual señala que “El siniestro se presume ocurrido por caso fortuito; pero el asegurador puede probar que ha ocurrido por causa que no le constituye responsable según la convención o la Ley”. Dicho artículo se encuentra derogado por el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 del 12 de noviembre de 2001, reproduciendo la referida disposición en su artículo 37, en los siguientes términos:

“Artículo 37. El siniestro es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la empresa de seguros. Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, la empresa de seguros responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes de la vigencia del contrato, y continúa después de que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta de la empresa de seguros, ésta queda relevada de su obligación de indemnizar.

El tomador, el asegurado o el beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero la empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que según el Contrato de Seguro o la ley la exoneran de responsabilidad.” (Resaltado de la Sala)

De tal forma que ante la ausencia de pruebas sobre la existencia de una infracción de las normas de tránsito, la empresa recurrente no tenía razones para rechazar, aun parcialmente el siniestro, por lo que al no indemnizar la totalidad de los daños ocurridos, incumplió la obligación contractual contraída con el asegurado, incurriendo en tal sentido -conforme lo determinó en forma correcta la Superintendencia de Seguros y el Ministerio de Finanzas- en el supuesto de elusión previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros. Así se declara.

2.- Alegaron los apoderados judiciales de la empresa recurrente la existen-

cia del vicio de abuso o exceso de poder por parte de la Superintendencia de Seguros, que según su criterio se originó al no desvirtuarse las razones técnicas alegadas y establecerse falsamente que con el vehículo siniestrado no se infringieron las normas de circulación, así como por el hecho de que el “órgano decisor no se pronunció en la Providencia recurrida, respecto de la intencionalidad, ni respecto de los artificios presuntamente empleados por mi representada en el caso de autos, para cometer el acto presuntamente elusivo; y tampoco explicó, cuáles fueron las pruebas apreciadas y la valoración otorgada a las mismas, para la comprobación e imputación de tales hechos”.

Al respecto, ha señalado la Sala que el vicio de exceso o abuso de poder se configura en aquellos supuestos en que la Administración realiza una utilización desmesurada, fuera de toda proporcionalidad, de las atribuciones que la ley le confiere. Para que se pueda corregir tal situación es necesario que quien invoca el vicio indique en qué consiste la desmesura, pues de otra manera, el acto administrativo goza de la presunción de legalidad que le es inherente (Vid. sentencia N° 1853 del 20 de julio de 2006).

En el caso concreto, la parte recurrente afirma que la Superintendencia de Seguros (y en consecuencia el Ministerio de Finanzas al ratificar el acto administrativo sancionatorio), incurrió en abuso de poder al declararla responsable administrativamente por unos hechos que, a su juicio, no fueron constatados, ni verificados los elementos con los que se determinó su culpabilidad, producto de la supuesta falta de análisis de las razones alegadas.

En tal sentido debe destacarse, que en el presente caso ya fueron analizados los referidos alegatos por esta Sala, en los que se observó que la Administración dictó el acto sancionatorio fundamentada en los hechos que constan en autos y en las razones por las cuales fue determinada su responsabilidad, donde se concluyó que la aseguradora incurrió en el ilícito de elusión al no haber indemnizado la totalidad de los daños, derivada tal situación al no constar evidencias en las actuaciones realizadas por

la autoridad de tránsito competente, ni pruebas aportadas por parte de la empresa aseguradora, de que al momento de ocurrir el siniestro se infringió la normativa de tránsito terrestre, razón por la cual la recurrente pretendía liberarse de su obligación de indemnizar íntegramente los daños sufridos por su asegurado.

De allí pues que al constar en el acto impugnado una motivación ajustada a derecho por parte de la Administración para proceder a aplicar la respectiva sanción, la cual desvirtúa los alegatos esgrimidos por la accionante, esta Sala concluye que en el presente caso no se configuró el vicio de abuso de poder alegado. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC. 00777.

FECHA: 25 de octubre de 2006.

PARTES: Eulalio Narváez Casis contra MAPFRE la Seguridad, C.A. de Seguros.

.....

**TEMA: CADUCIDAD LEGAL VS LA CADUCIDAD
CONTRACTUAL EN EL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: la norma contenida en el Decreto con fuerza de Ley del Contrato de Seguro indica que su aplicación es de carácter imperativo; con base en ese mandato mal puede entenderse y aceptarse que la disposición contractual pueda tener supremacía sobre la legal, ya que la orden emanada del Decreto Ley en comentario es la de aplicar aquellas cuando benefician al asegurado, tomador o beneficiario.

Máxima: en aras del derecho a la defensa del justiciable

y de su acceso a la justicia, cualquier plazo que lo beneficie para el ejercicio de un derecho debe aplicarse con preeminencia sobre el otorgado para el caso concreto, cuando este resulta más corto.

EXTRACTO:

En la presente denuncia, el formalizante señala que la recurrida incurre en el error de interpretación en cuanto al contenido y alcance del artículo 24 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Con relación a la delación transcrita, referida a la invocación de normas constitucionales, la Sala observa, que es una simple enunciación de artículos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, lo cual no reviste realmente una denuncia concreta que deba ser resuelta en esta Sede, relacionada en la materia de vicios de legalidad propios al conocimiento de esta jurisdicción, y si bien es cierto que los argumentos referidos a la legitimidad y al debido proceso pueden constituir infracciones que oficiosamente la Sala puede restaurar, no es menos cierto que invocarlas para acusar la infracción de normas constitucionales sin establecer e indicar los vínculos normativos concernientes a la legalidad misma del proceso, ni su relación con los efectos de la sentencia impugnada, esgrimiendo para ello generalidades de supuestos programáticos o de pretensiones no circunscritas a los requisitos que debe contener el escrito de formalización, es indudable que no cumple con la técnica adecuada para su concreto análisis, por lo cual debe ser declarada improcedente, toda vez que una denuncia aislada de dichas normas, en principio, es una previsión constitucional cuyo conocimiento corresponde a la jurisdicción constitucional; no obstante que esta Sala tiene facultad oficiosa para establecer el orden público infringido y siempre dentro del orden señalado. Así se decide.

II

Con fundamento en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, se denuncia la infracción, por falta de aplicación, de los artículos 2, 4 ordinal 5° y 55 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro.

Para apoyar su delación el recurrente alega:

“Dichas disposiciones legales debieron ser aplicadas al caso, porque el proceso se inició en fecha 16 de enero de 2002 y ya estaba vigente el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en Gaceta Oficial N° 5553 Extraordinario de fecha 12 de noviembre de 2001.

Al aplicar el artículo 4 del mencionado Decreto, el contrato se interpretaría, en cuanto a la caducidad, de manera extensiva beneficiando a mi representado como tomador, asegurado y beneficiario de la póliza, pues rechazado el siniestro en abril de 2001, la caducidad se daba fatalmente en abril de 2002 y la demanda fue interpuesta como ya se expresó, es decir, meses antes de que operaba la caducidad.

Al concordar lo anterior con el artículo 55 *eiusdem*, se concluye definitivamente que la Caducidad nunca operó, es decir, de haberse aplicado estas normas en la recurrida, la consecuencia nunca hubiese sido determinar caducidad alguna.

Al igual que las anteriores omisiones la del artículo 2 del Decreto, hubiese tenido la misma consecuencia, ya que por interpretación en contrario de no ser más beneficiosas las condiciones contractuales para el tomador, Imperativo tenemos que aplicar el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro.

Por incurrir la recurrida en esta infracción de Ley cometió el vicio de declarar la caducidad cuando no existía, es decir, la falta de aplicación aquí denunciada fue determinante en el dispositivo del fallo.

Por haber omitido la sentencia recurrida la aplicación de las normas

delatadas como infringidas por faltas de aplicación, solicito respetuosamente de esta Sala declare Con Lugar la presente denuncia”.

Acusa el formalizante que el juez del conocimiento jerárquico vertical dejó de aplicar los artículos denunciados y debido a ello declaró procedente la caducidad alegada por el demandado con base a lo estipulado en el contrato de seguro, que establecía un lapso de caducidad de seis meses para intentar la demanda, una vez rechazada la reclamación, sin tomar en cuenta que para la fecha en la que introdujo la demanda ya se encontraba vigente el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro que prevé el de doce meses para que opere la sanción.

Al respecto la recurrida efectuó el siguiente pronunciamiento:

“PUNTO PREVIO II

Caducidad de la acción

Para dilucidar la procedencia o no de la caducidad contractual de la acción alegada por la parte demandada, se hace imprescindible determinar si al presente caso le es aplicable la normativa contenida en el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en la Gaceta Oficial N° 5.553 Extraordinario de fecha 12 de noviembre de 2001, o si por el contrario, rigen las normas sobre el contrato para el seguro contenidas en el Título XVIII, Libro Primero del Código de Comercio, las cuales fueron derogadas por la disposición derogatoria única del citado Decreto, así como el artículo 66 de la ley de Empresas de Seguros y Reaseguros publicadas en Gaceta Oficial N°. 4.865 Extraordinario del 8 de marzo de 1995, la cual fue derogada posteriormente por el Decreto con fuerza de Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros publicado en la Gaceta Oficial N° 5.561 Extraordinario de fecha 28 de noviembre de 2001, en virtud de que la parte demandada invoca e (Sic) su favor el lapso de caducidad de la acción establecida en la Cláusula 24 de las Condiciones Generales de la Póliza Dorada de Salud N° 4519940001218,

mientras que la parte demandante solicita al respecto la aplicación del artículo 55 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro.

En este sentido, cabe señalar que el principio de irretroactividad de la ley se encuentra consagrado en el título III De los Derechos Humanos y Garantías, y de los deberes, de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en la siguiente forma:

(Omissis)

Establecen dichas normas el principio general de irretroactividad de la ley, con las excepciones contempladas en nuestra Carta Magna en el caso de leyes penales que impongan menor pena.

(Omissis)

Conforme al criterio jurisprudencial antes transcrito, el dispositivo constitucional contenido en el artículo 24 establece la irretroactividad de la aplicación de las leyes tanto sustantivas como adjetivas, salvo la excepción en materia penal.

Determina, además, expresamente, el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro lo siguiente:

Disposición Final Única. El presente Decreto de Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en Gaceta Oficial de la república Bolivariana de Venezuela. (Resaltado propio).

Ahora bien, al revisar las actas procesales se observa que la Póliza Dorada de Salud N° 4519940001218, con vigencia del 4 de mayo de 2001 hasta el 04 de mayo de 2002, en el cual se indicó que la fecha inicial de la Póliza data del 04 de mayo de 1995, es anterior a la publicación y entrada en vigencia del Decreto con Fuerza de ley del Contrato de Seguro, así como del Decreto con Fuerza de Ley de Empresa de Seguros y Reaseguros, publicados en fecha 12 de noviembre de 2001 y 28 de noviembre de 2001, respectivamente.

Igualmente, se observa que el siniestro reclamado tal como lo señala la parte actora en el libelo de la demanda y fue aceptado por

la parte demanda en el escrito de contestación, ocurrió en fecha 05 de julio de 2000, siendo rechazado por la empresa aseguradora en fecha 27 de abril de 2001 tal como se consta en comunicación de la misma fecha dirigida al ciudadano Eulalio Narváez Cassis, traída a los autos por la parte actora e inserta a los folios 61 y 196 del presente expediente, es decir, ambas fechas anteriores a los decretos mencionados, destacándose el hechos de que cuando fueron publicados los mencionados decretos, ya se había cumplido el lapso de caducidad establecido en la cláusula contractual cuya aplicación invoca la parte demandada, por lo que es forzoso concluir en base al principio de irretroactividad de la ley constitucional y legalmente consagrado, que tales decretos no son aplicables al presente caso, rigiendo para el mismo las normas anteriores a ellos, por lo que la caducidad alegada debe ser estudiada conforme a la mencionada cláusula contractual N° 24 establecida en las Condiciones Generales de la Póliza Dorada de Salud N° 4519940001218.

(Omissis)

Conforme a lo expuesto, en el caso sub-iudice se aprecia que en la cláusula N° 24 de las Condiciones Generales de la Póliza dorada de Salud N° 4519940001218, quedó establecido en el literal d) el supuesto de caducidad de la acción alegado por la parte demandada.

Igualmente, se observa que el reclamo del siniestro presentado por el actor fue rechazado en fecha 27 de abril de 2001, tal como antes se señaló, y que la acción por cumplimiento del contrato fue ejercida en fecha 16 de enero de 2002, según consta en la nota de Secretaría estampada al reverso del folio 7, por el Juzgado Tercero de Primera Instancia en lo Civil, Mercantil y del Tránsito de la Circunscripción Judicial del Estado Táchira, después de transcurridos más de los seis (6) meses estipulados en la mencionada cláusula, para iniciar la acción judicial, por lo que resulta forzoso declarar con lugar la excepción de caducidad contractual de la acción, propuesta por la parte demandada. Así se decide.

Dada la anterior decisión no entra esta alzada a pronunciarse sobre el fondo de la controversia planteada”. (Resaltado de lo transcrito).

Para decidir, la Sala observa:

De una detenida lectura de la denuncia que se analiza, se evidencia la deficiencia manifiesta en la fundamentación que pretende sustentarla. Aun así, esta Suprema Jurisdicción extremando sus deberes y en acatamiento a la preceptiva contenida a tenor de los artículos 26 y 257 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, se abocará al análisis de la presente delación.

En este orden de ideas, estima la Sala pertinente destacar, como así lo expresa la recurrida, que la mencionada póliza comenzó a regir en fecha 4 de mayo de 1995, siendo renovada, sucesivamente, por períodos de un año hasta el 4 de mayo de 2002 y que a lo largo de las prórrogas se fueron modificando en ella algunas particularidades, tales como el monto de la cobertura.

Ahora bien, el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, establece en sus artículos 1, 2, 4 ordinal 5° y 9; lo siguiente:

“Artículo 1°. El presente Decreto Ley tiene por objeto regular el contrato de seguro en sus distintas modalidades; en ese sentido se aplicará en forma supletoria a los seguros regidos por leyes especiales.

Artículo 2°. Las disposiciones contenidas en el presente Decreto Ley son de carácter imperativo, a no ser que en ellas se disponga expresamente otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el tomador, el asegurado o el beneficiario”

Artículo 4°. Cuando sea necesario interpretar el contrato de seguro se utilizarán los principios siguientes: 5°. Las cláusulas que imponen la caducidad de derechos del tomador, del asegurado o del

beneficiario, deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva beneficie al tomador, al asegurado o al beneficiario”

Artículo 9. Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los asegurados o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactarán en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones”. (Resaltado de la Sala).

Las normas transcritas están referidas a la regulación del contrato de seguros, que es justamente la materia sobre la cual se resuelve y establecen como principio fundamental del mismo el principio de la buena fe; igualmente prevé que las normas contenidas en dicho instrumento legal son de carácter imperativo, vale decir, que dado lo sensible de la materia regulada por él, sus disposiciones son de obligatoria aplicación y sólo podrán ignorarse cuando el citado texto legal así lo autorice.

De igual manera preceptúa el mencionado Decreto, que “las convenciones celebradas entre las partes se aplicarán, cuando ellas sean más beneficiosas para “el tomador, el asegurado o el beneficiario” y que en el contrato de seguros no podrán estar contenidas cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los asegurados o los beneficiarios.

Por otra parte, el artículo 55 del referido decreto cuyo texto se transcribe, establece el lapso fatal de caducidad:

“Artículo 55. Si dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de rechazo de cualquier reclamación, el tomador, el asegurado o el beneficiario del seguro no hubiere demandado judicialmente a la empresa de seguros, acordado con ésta someterse a un arbitraje o solicitado el sometimiento ante la autoridad competente, caducarán todos los derechos derivados de la póliza con respecto al reclamo formulado que haya sido rechazado...”.

En el caso que se resuelve, se observa que el ad quem aplicó, para declarar la caducidad lo previsto en la cláusula 24 de la póliza original contratada por el asegurado, que establece el plazo de seis meses para que opere la caducidad sobre los derechos derivados de la póliza, en caso de que el contratante no ejerza sus acciones dentro del señalado lapso.

Ahora bien, la norma contenida en el Decreto con fuerza de Ley del Contrato de Seguro, tal como se asentó supra, indica que su aplicación es de carácter imperativo; con base a ese mandato mal puede entenderse y aceptarse que la disposición contractual pueda tener supremacía sobre la legal, ya que la orden emanada del Decreto Ley en comentario es la de aplicar aquellas cuando benefician al asegurado, tomador o beneficiario y en el caso que se resuelve, la cláusula contractual lo perjudica.

Por otra parte, y *mutatis mutandi*, podría analógicamente aplicarse el criterio sostenido por esta Máxima Jurisdicción luego de la entrada en vigencia de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, relativo a que en aras del derecho a la defensa del justiciable y de su acceso a la justicia, cualquier plazo que lo beneficie para el ejercicio de un derecho, debe aplicarse con preeminencia sobre el otorgado para el caso concreto, cuando este resulta más corto.

La norma legal transcrita otorga un lapso de tiempo mayor al previsto en la cláusula contractual lo que constituye un beneficio, y coadyuva a la protección de los derechos del asegurado, tal norma tiene carácter imperativo y al representar una garantía para el asegurado, debió el juez superior del conocimiento, aplicar, con preeminencia, la disposición legal contenida en el tantas veces mencionado Decreto Ley y no la cláusula contractual.

Aunado a lo anterior, sobre la convención del lapso de caducidad, ha dicho esta Sala, que limita el acceso a la justicia y es por ello que toda interpretación sobre la materia tiene que ser restrictiva y su establecimiento no debe correr por cuenta del convenio contractual. Si bien en los casos del

contrato de seguro, el lapso de caducidad lo establece la ley, en el particular el Juzgado recurrido tomó como cierto y vigente el lapso que se pactó con el primer contrato de seguro, sin tomar en cuenta que para el momento del siniestro se había dictado una nueva ley que amplió dicho lapso y que el contrato de seguro originario sufrió varias prórrogas, incluso luego de la entrada en vigencia del Decreto Ley del Contrato de Seguro; por ello, aquella cláusula contractual de caducidad, que previó seis meses para el ejercicio del derecho de reclamar judicialmente, quedó nula, al prever un lapso distinto al de la ley.

La caducidad, entonces, cuando va referida a la pérdida de la posibilidad de ejercer la acción, debe estar establecida en una norma legal y no es posible aceptar que los contratantes fijen un lapso fatal de la especie mediante un convenio.

La Sala no desconoce la circunstancia de que existe la posibilidad de que no sea la ley la que establezca dicho lapso, sino que ésta la delegue al convenio contractual, como sucede en los casos de las fianzas que pueden otorgar las empresas de seguros. Efectivamente, el artículo 133, numeral 3, establece:

“Las fianzas que otorguen las empresas de seguros, de cualquier naturaleza que ellas sean, deberán cumplir los siguientes requisitos:

((omissis))

3. El documento por medio del cual la empresa de seguros se constituya en fiadora deberá contener, como mínimo, la subrogación de los derechos, acciones y garantías que tenga el acreedor garantizado contra el deudor; la caducidad de las acciones contra la empresa de seguros al vencimiento de un plazo que no podrá ser mayor de un (1) año, contado desde la fecha en que el acreedor garantizado tuviera conocimiento del hecho que da origen a la reclamación; la obligación del acreedor garantizado de notificar cualquier circunstancia que pueda dar lugar al reclamo tan pronto como tenga conocimiento de ello; el monto exacto garantizado y su duración”
(Resaltado de la Sala).

Es verificable, entonces, que en el caso citado, la empresa de seguro al emitir una fianza, podrá contractualmente regular la caducidad por debajo de un (1) año, pues la norma en comento señala que el lapso no podrá preverse más allá de un (1) año, lo que se interpreta que el legislador está delegando para que pueda fijarse un lapso de caducidad menor.

En el contexto de lo expuesto en esta sentencia, en el caso señalado la inconstitucionalidad no viene de la caducidad contractual contenida en el contrato de fianza, pues ella está legalmente prevista. Habría que pensar que la inconstitucionalidad está en la ley y no en el contrato, lo cual la Sala lo plantea en esta oportunidad, pues la forma de corregir el vicio nos conduciría al control difuso de la constitucionalidad.

En tal razón deberán los jueces y juezas, de forma casuística y en aplicación del control difuso constitucional, determinar si en el caso concreto sometido a su conocimiento deberán o no aplicar la ley de que se trate o negarle aplicación por considerar que vulnera el precepto constitucional de acceso a la justicia; para lo cual se deberá tener en cuenta si para el cumplimiento de lo preceptuado en las mencionadas cláusulas, se deben observar condiciones excesivamente difíciles de cumplir que puedan, en consecuencia, obstaculizar el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales pertinentes, tales como un plazo demasiado breve o que dicho ejercicio este subordinado a eventos extraños o que no dependan del titular de la acción.

En las situaciones planteadas, como se dijo, lo inconstitucional sería la ley, bajo los preceptos indicados, y no la cláusula de caducidad; por lo que para que ella pueda ser estimada nula, deberá ocurrir, si es el caso, la desaplicación de la ley que autorizó o delegó el establecimiento de la caducidad.

Con base a los razonamientos expuestos, al haber la recurrida fundado su decisión en la cláusula de caducidad contenida en el contrato de seguro

firmado originariamente, sin prever sus reformas y la modificación de dicho lapso previsto en la nueva ley, la Sala declara procedente la denuncia de infracción de ley por falta de aplicación de los artículos 2, 4 numeral 5° y 55 del Decreto con fuerza de Ley del Contrato de Seguro. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 02516.

FECHA: 09 de noviembre de 2006.

PARTES: La Oriental de Seguros, C.A. contra Ministerio de Finanzas.

.....

TEMA: DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: el tiempo de duración de los contratos en materia de seguros será el señalado por las partes en el respectivo contrato, dicha duración no podrá exceder de diez (10) años y cuando nada se indique en la póliza respecto a su duración ésta se entenderá celebrada por un (1) año.

EXTRACTO:

Esta Sala pasa a verificar si en este caso se aplicó retroactivamente la referida ley, para lo cual observa que entre la empresa recurrente y su asegurada se celebró un Contrato de Seguros de automóvil (folio 16 del expediente administrativo), inicialmente pactada para el período del 3/03/2000 al 03/03/2001, posteriormente prorrogada del 03/03/2001 al 3/03/2002, cuya renovación tácita del 03/03/2002 al 03/03/2003 es discutida en el presente caso.

Se evidencia además que, en fecha 14 de marzo de 2002, el vehículo de la asegurada fue objeto de un siniestro (folio 15 del expediente adminis-

trativo), pero en virtud del rechazo de la empresa aseguradora de cubrirlo, interpuso su denuncia ante el ente administrativo competente, quien luego de llevar a cabo un procedimiento administrativo dictó su decisión fundamentada en lo dispuesto en el referido Decreto Ley, cuya decisión está siendo impugnada ante este Alto Tribunal.

Respecto a la supuesta errónea aplicación por parte de la Administración del artículo 51 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, presuntamente originada al haber sido exigida la realización de la notificación allí prevista, esta Sala considera necesario analizar, respecto al caso en concreto, lo dispuesto en dicha norma, así como lo establecido sobre tal materia en las cláusulas del Contrato de Seguro suscrito por las partes.

En tal sentido, este Máximo Tribunal observa que el artículo 51 *eiusdem*, señala lo siguiente:

“Artículo 51. La duración del contrato será estipulada por las partes, y no podrá exceder de diez (10) años.

Si el contrato no estipulare duración, el mismo se entenderá celebrado por un (1) año.

Salvo pacto en contrario, el contrato se prorrogará tácitamente una o más veces, incluso por cláusulas convencionales, pero cada prórroga tácita no podrá exceder de un (1) año. Queda entendido que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en el expediente, efectuada con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

La Emisión de un cuadro recibo o recibo de póliza para un nuevo período y el pago de la prima son prueba de la renovación de la póliza en las mismas condiciones en que estaba pactada.

Las disposiciones contenidas en el presente artículo no son aplicables, en cuanto sean incompatibles, a los seguros de personas".
(Resaltado de la Sala)

Del artículo transcrito se desprende en primer lugar que el tiempo de duración de los contratos en materia de seguros será el señalado por las partes en el respectivo contrato, advirtiendo en tal sentido la norma en cuestión que dicha duración no podrá exceder de diez (10) años y que cuando nada se indique en la póliza respecto a su duración ésta se entenderá celebrada por un (1) año.

.....

.....

TEMA: RENOVACIÓN DE LOS CONTRATOS DE SEGURO

Máxima: los contratos de seguros se considerarán prorrogados tácitamente una o cuantas veces sea posible, a menos que las partes expresen su voluntad de ser improrrogable. Cada prórroga tácita no podrá exceder de un (1) año y la renovación no implica un nuevo contrato.

Máxima: la emisión de un cuadro recibo o recibo de póliza y el pago de la prima correspondiente para el nuevo período a asegurar, son prueba de la efectiva renovación de la póliza en las mismas condiciones en que estaba pactada.

EXTRACTO:

Asimismo, se observa que la norma examinada en su segundo aparte establece como regla general (la cual puede ser prevista también en una cláusula contractual) que los contratos de seguros se considerarán prorrogados tácitamente una o cuantas veces sea posible, a menos que las

partes expresen su voluntad de que éste será de carácter improrrogable. El precitado artículo indica además en forma clara que cada prórroga tácita no podrá exceder de un (1) año y que “la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior” en sus mismos términos.

No obstante lo anterior, en lo referente a los contratos de seguros sobre los cuales pueda proceder la regla general de la prórroga tácita (es decir, en todos aquellos contratos que no incluyan de manera expresa su improrrogabilidad), el tercer aparte de la norma bajo examen establece el deber para la parte contratante que se rehúsa a que opere dicha prórroga, de enviar a la última dirección de domicilio de su co-contratante una notificación escrita “efectuada con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso”, a los fines de evitar tal renovación.

Finalmente en lo que respecta al caso de autos, el aparte cuarto de la norma citada indica que la emisión de un cuadro recibo o recibo de póliza y el pago de la prima correspondiente para el nuevo período a asegurar, son prueba de la efectiva renovación de la póliza en las mismas condiciones en que estaba pactada; de lo cual se puede concluir que la renovación se habrá perfeccionado cuando se haya cumplido con la entrega del referido recibo y con el pago de prima, con la salvedad de que si en el contrato se acordó un plazo de gracia para realizar el pago de la prima, éste deberá efectuarse dentro de ese plazo, por cuanto de lo contrario la empresa de seguros podría, a parte de exigir su pago, rescindir el contrato y en consecuencia quedar extinguidos sus efectos conforme lo prevé además el artículo 27 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro.

Consta al folio 16 del expediente administrativo copia simple de “CUADRO RECIBO POLIZA AUTOMOVIL INDIVIDUAL” (sic), consignado por la denunciante y promovido por la recurrente al folio 224 de la pieza principal, de la cual se evidencia la contratación de una póliza de seguros de automóvil inicialmente pactada para el período del 3/03/2000 al 03/03/2001, posteriormente prorrogada del 03/03/2001 al 3/03/2002, cuya renovación del 03/03/2002 al 03/03/2003 es discutida en el presente caso.

Asimismo, consta a los folios 23 y 24 del expediente administrativo, copia simple consignada por la recurrente de “FORMULARIO PARA LA CONSIGNACIÓN DE TELEGRAMAS” de IPOSTEL, de fecha 26 de febrero de 2002, a través del cual la empresa accionante pretendía notificar a su asegurada la decisión de dar por terminado el referido Contrato de Seguros.

Conforme a lo anterior, se observa que al ser enviada la referida notificación en fecha 26 de febrero de 2002, es decir, cinco (5) días antes del vencimiento del período de seguro en curso, el cual vencía en fecha 3 de marzo del mismo año, se deriva que la accionante incumplió con la obligación prevista en el artículo 51 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, al no enviar la respectiva comunicación con el plazo de un (1) mes de anticipación al período de seguro que finalizaba, por lo que en tal sentido el Contrato de Seguro en el presente caso puede considerarse prorrogado conforme lo determina el segundo aparte del artículo 51 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro. Así se declara.

En cuanto a si se efectuó en el caso que nos ocupa el pago de la prima por parte de la asegurada, esta Sala verifica que no existe en actas la constancia de dicho pago; por el contrario, de los argumentos expuestos por la recurrente se desprende que tal pago no fue efectuado.

No obstante lo anterior, se observa que en la cláusula 2 de las condiciones generales de la póliza de seguro de automóvil que regía a las partes del contrato, se previó un plazo de gracia a favor de la asegurada de “treinta (30) días continuos, contados desde la fecha de terminación del período anterior” para que efectuara el pago de la prima correspondiente al nuevo período a asegurar; tal plazo de gracia, en consecuencia, comenzaría a partir del 3 de marzo de 2002 (fecha en que finalizó el anterior período de seguro) hasta el 3 de abril del mismo año.

Asimismo se observa que en fecha 14 de marzo de 2002, durante el transcurso del plazo de gracia (3/03/02 al 3/04/02), ocurrió el siniestro de la

asegurada consistente en el hurto del vehículo asegurado conforme se evidencia de la copia simple de recibo de denuncia realizada ante el Cuerpo Técnico de Policía Judicial (hoy Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas - C.I.C.P.C.), consignado por la recurrente al folio 15 del expediente administrativo y promovido por la accionante en el folio 225 de la pieza principal.

.....
TEMA: PLAZO DE GRACIA EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: al ocurrir el siniestro durante el plazo de gracia otorgado a la asegurada para el pago de la respectiva prima, surgió la obligación para la aseguradora de indemnizar dicho siniestro conforme a las previsiones establecidas en el artículo 29 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, por cuanto los riesgos ocurridos durante dicho plazo corrían por cuenta de aquélla conforme lo indica claramente la norma citada.

EXTRACTO:

De allí que al ocurrir el siniestro durante el plazo de gracia, esta Sala debe acudir a lo dispuesto en los artículos 29 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro y 217 del Decreto con Fuerza de Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, publicado este último en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.561 Extraordinario de fecha 28 de noviembre de 2001 (vigente para el momento en que ocurrió el siniestro), cuya aplicación fue suspendida por la Sala Constitucional de este Máximo Tribunal mediante sentencia N° 1.911 del 13 de agosto de 2002; en los respectivos artículos se dispone lo siguiente:

“Artículo 29. Si el contrato prevé un plazo de gracia, los riesgos son a cargo de la empresa de seguros durante dicho plazo. Ocurrido un siniestro en ese período, el asegurador debe indemnizarlo y des-

contar del monto a pagar la prima correspondiente. En este caso, el monto a descontar será la prima completa por el mismo período de la cobertura anterior.”

“Artículo 217. (...)

Cuando el pago de la prima al productor o a la empresa, en virtud del cual se le entregó el recibo de prima al asegurado, se hubiera realizado con posterioridad a la fecha de la ocurrencia de un siniestro, la empresa no tendrá responsabilidad alguna, salvo que se efectúe dentro de los plazos de gracia que pudieran estipularse en los contratos de seguros a la fecha de su renovación. Así mismo, la póliza tendrá vigencia desde la fecha del pago del asegurado”.
(Resaltado de la Sala)

Conforme a lo establecido en las normas transcritas, esta Sala concluye que al ocurrir el mencionado siniestro durante el plazo de gracia otorgado a la asegurada para el pago de la respectiva prima, surgió la obligación para la empresa recurrente de indemnizar dicho siniestro conforme a las previsiones establecidas en el artículo 29 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, el cual expresamente señala que al ocurrir el siniestro durante dicho plazo, como ocurrió en efecto, “el asegurador debe indemnizarlo y descontar del monto a pagar la prima correspondiente. En este caso el monto a descontar será la prima completa por el mismo período de la cobertura anterior”, por cuanto los riesgos ocurridos durante dicho plazo corrían por cuenta de la aseguradora conforme lo indican claramente las normas citadas, de lo cual se desprende además que sí se perfeccionó la renovación tácita de la póliza en función de lo dispuesto en la ley. De allí que, conforme a los razonamientos antes expuestos, esta Sala desestima el vicio de falso supuesto de hecho y de derecho alegado por la empresa accionante. Así se decide.

En el caso particular que nos ocupa, conforme quedó anteriormente establecido, al haber operado la renovación tácita del Contrato de Seguro, ocurrido el siniestro durante el plazo de gracia y haberle nacido en conse-

cuencia la obligación a la empresa recurrente de indemnizar el referido siniestro en virtud de lo dispuesto en la ley, no se requirió en consecuencia el pago de la prima por parte de la asegurada, por cuanto dicho pago se considera virtualmente realizado, ya que como se indicó precedentemente, el artículo 29 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro para tal caso dispone que “el asegurador debe indemnizarlo y descontar del monto a pagar la prima correspondiente. En este caso el monto a descontar será la prima completa por el mismo período de la cobertura anterior”. Por lo que, al observar esta Sala que el comportamiento de la Administración estuvo dentro de los límites de las potestades otorgadas por la ley, sin evidenciarse quebrantamientos que hayan podido sorprender la buena fe, confianza, seguridad y honorabilidad que los particulares depositan en ella, debe en consecuencia desecharse los referidos argumentos. Así se decide.

• • • • •

2007



TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.00258.

FECHA: 16 de abril de 2007.

PARTES: Antonio Ramón Ávila contra Venezolana de Seguros, C.A.

•••••
**TEMA: SUBROGACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA
ASEGURADORA CONTRA TERCEROS CAUSANTES DEL
DAÑO**

Máxima: pese a que el sentenciador señaló que “la práctica reiterada de las empresas de seguro de exonerarse de responsabilidad y no pagar la indemnización correspondiente después del pago de la prima, alegando derechos de subrogación y/o aplicando cláusulas contractuales impuestas al tomador, conducta que no se corresponde con la buena fe que caracteriza al contrato de seguros”, tal afirmación es una respuesta suficiente, aun cuando exigua.

EXTRACTO:

Con fundamento en lo dispuesto en el ordinal 2º) del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, se denuncia la infracción del artículo 566 del Código de Comercio, y la del 243, ordinales 4º) y 5º) del Código de Procedimiento Civil, todos por falta de aplicación.

A tales efectos, se alega:

“La parte demandada en su contestación a la demanda textualmente alegó como defensa:

“Asimismo, y en el supuesto negado antes expresado, alego que mi representada no tiene obligación de pagar los daños que el demandante alega sufrió la cosa asegurada, por imposibilidad de la

subrogación legal de los derechos del asegurado contra los terceros por causa del daño, todo por aplicación del artículo 566 del Código de Comercio. En efecto, Ciudadano Juez, el demandante alega que el daño de la cosa asegurada se produjo por volcamiento, cuando el vehículo se desplazaba por la carretera que conduce a Ocumare del Tuy, y al salir de una curva se encontraba un auto en medio de la vía, lo que lo obligó a frenar y perdió el control del auto... y después dice que “una persona atravesada me obligó a salir de la vía. El demandante imputa la, responsabilidad del accidente y del daño a un tercero; pero el asegurado en la Declaración de Sinistros no identifica a ese tercero, persona que según él se encontraba en la vía, ni identifica el vehículo que según él se encontraba en medio de la vía ni a su conductor, ni al propietario, ni consta en autos que el asegurado hubiera ejercitado acciones contra el tercero causante del daño con el fin de preservar los derechos de la aseguradora. El derecho de subrogación de mi representada establecido por el artículo citado fue perjudicado totalmente por el asegurado, y al ser imposible la subrogación de los derechos del asegurado contra los terceros por causa del daño por el hecho del propio asegurado, hace imposible el pago de la suma asegurada de conformidad con la norma invocada. Pido así se declare”

La recurrida resuelve la controversia en los términos siguientes:

“Al respecto, debe traer a colación este sentenciador la práctica reiterada de las empresas de seguro de exonerarse de responsabilidad y no pagar la indemnización correspondiente después del pago de la prima, alegando derechos de subrogación y/o aplicando las cláusulas contractuales impuestas al tomador, conducta que no se corresponde con la buena fe que caracteriza al contrato de seguros” Sic.

Es lamentable la ligereza de la recurrida para resolver la cuestión de la subrogación. El artículo 566 del Código de Comercio dispone:

El asegurador que pague la cantidad asegurada se subroga en todos los derechos del asegurado contra los terceros por causa del daño. El asegurado es responsable de todo acto que perjudique los derechos del asegurador contra los terceros”.

La acción subrogatoria deriva de la ley que la establece. La subrogación persigue mantener el principio indemnizatorio en los seguros de daños, por cuanto el seguro, en ningún caso, puede ser fuente de lucro. “La subrogación solo tiene lugar en los seguros de daños, en aquellos en que funcione claramente el principio indemnizatorio. Tiene por objeto realizar plenamente, este último, impidiendo que el perjudicado por el evento, además de ser indemnizado por el asegurador pueda cobrar del tercero causante del daño. Al mismo tiempo mantiene el seguro dentro de la alta moralidad que le corresponde, no facilitando que el tercero causante del daño escape a su responsabilidad legal o contractual. Además, logra un equilibrio económico para los aseguradores al permitirles resarcirse total o parcialmente de lo pagado por ellos a consecuencia del hecho ilícito del tercero”. (Hernán Jiménez Anzola- Seguros Jurisprudencia Venezolana -Tomo II- pág 310. Tipografía Vargas S.A. Caracas-1.969.

La doctrina sobre la subrogación legal de la aseguradora en los derechos - del asegurado contra los terceros causantes del daño es unánime en la legislación de seguros. La acción subrogatoria establecida en el artículo 566 del Código de Comercio puede ser ejercitada por el asegurador contra toda persona responsable, cualquiera que sea el fundamento, contractual o cuasi -delictual, de esta responsabilidad. Igualmente, es unánime la doctrina sobre la exoneración de su responsabilidad ante el asegurado, cuando la subrogación no puede, por el hecho del asegurado, operar a favor del asegurador. En este sentido, señala el Dr. Hernán Jiménez Anzola, que “Debe observarse que, si el asegurado por su falta o culpa impide la subrogación, el asegurador puede negarse a pagar la indemnización prevista en el contrato”. (obra citada -Pág 146.)

El derecho de subrogación en materia de seguros de daños tiene

tal relevancia, que el legislador, en el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, de fecha 30 de octubre de 2.001, publicado en la Gaceta Oficial Extraordinaria de fecha 12 de noviembre de 2.001, cuyas disposiciones son de carácter imperativo, expresamente establece, entre las obligaciones del tomador, del asegurado o del beneficiario de la póliza, la de “realizar todas las acciones necesarias para garantizar a la empresa de seguros el ejercicio de su derecho a la subrogación’.

La recurrida juzga la defensa en los términos siguientes:

Al respecto, debe traer a colación este sentenciador la práctica reiterada de las empresas de seguro de exonerarse de responsabilidad y no pagar la indemnización correspondiente después del pago de la prima, alegando derechos de subrogación y/o aplicando cláusulas contractuales impuestas al tomador, conducta que no se corresponde con la buena fé que caracteriza al contrato de seguro”.

Como se aprecia, la recurrida no aplica el artículo 566 del Código de Comercio para resolver la controversia, y con un criterio subjetivo y prejuiciado, pueril para una persona que tiene la difícil y delicada tarea de defender los intereses superiores del derecho y de la justicia, como es la labor que realizan los jueces, no resuelve la cuestión controvertida, porque en su mente la subrogación no es un derecho reconocido por la ley sino una práctica reiterada de las empresas de seguro para exonerarse de responsabilidad y no pagar la indemnización.

Es lamentable que la recurrida, que tiene la sagrada misión de interpretar la ley en su contenido y alcance y aplicarla, incumpla el deber de decidir conforme a las normas del derecho, tal como se lo impone el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, e ignore que tiene la obligación de atenerse a lo alegado y probado en autos, sin sacar elementos de convicción fuera de estos, y omita la aplicación de esta disposición, que es una norma de conducta de los jueces impuesta por el legislador en beneficio de la justicia. Mi representada se pregunta si el rechazo a resolver la cuestión contro-

vertida es voluntario, un desconocimiento de los límites del litigio y del deber que tienen los jueces de decidir en forma expresa, positiva y precisa con arreglo a la acción deducida y las excepciones o defensas opuestas, peer aplicación del ordinal 5° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, o un simple error por omisión del principio de exhaustividad de la sentencia

La recurrida no hace ningún análisis de la defensa opuesta por la parte demandada, la recurrida no contiene los motivos de hecho y de derecho de la decisión. Porque, no puede considerarse como motivación expresar que el derecho a la subrogación reconocido por la ley a las empresas aseguradoras es una conducta que no se corresponde con la buena fe que caracteriza al contrato de seguro.

La obligación de los jueces de motivar sus decisiones es de orden público. El Tribunal Supremo de Justicia ejerce el control de la legalidad de las decisiones judiciales, y este control lo realiza mediante el estudio de la motivación de las sentencias de los jueces de fondo, a quienes se les exige una motivación suficiente, coherente, razonada, para evitar la degradación de la función judicial. La recurrida, se refiere a un prejuicio inoperante para resolver la cuestión que aun considerándolo como motivo es impertinente. Y no expresa un criterio legal, que además es extraño a la regla de derecho invocada y aplicable.

((Omissis))

No existe duda que, conforme a la doctrina expuesta, la recurrida incurrió en violación del artículo 243, ordinal 4° del Código de Procedimiento Civil, pues la sola lectura de la sentencia permite concluir que la decisión carece de toda motivación de hecho y de derecho, y que este vicio no permite a la Sala controlar su legalidad ni verificar que se hizo la adecuada subsunción de los hechos en la norma de derecho invocada por la demandada.

Ciudadanos Magistrados: El artículo 566 del Código de Comercio al establecer que “el asegurado es responsable de todo acto que

perjudique los derechos del asegurador contra-los terceros”, es diáfano, inequívoco y no admite interpretación distinta de la que señala el legislador. La recurrida infringió el artículo 566 del Código de Comercio por falta de aplicación para resolver la controversia sobre el derecho de subrogación de la empresa aseguradora contra los terceros causantes del daño. A quienes el asegurado imputa el hecho ilícito, e ignoró el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, al no atenerse a las normas del derecho para decidir la cuestión sometida a su consideración y no atenerse a lo alegado y probado en autos de ser imposible la subrogación de los derechos contra los terceros causantes del daño, por las omisiones del asegurado para preservar los derechos de la aseguradora, y de paso violentó el artículo 243, en sus ordinales 4° y 5° ejusdem, también por falta de aplicación, por cuanto omite toda motivación sobre la cuestión, sin que pueda afirmarse que un prejuicio subjetivo tiene el carácter de motivo pertinente; y porque la doctrina patria no acepta las decisiones implícitas. Conforme al ordinal 5° del artículo 243 del Código Procesal Civil, los jueces tienen el deber de decidir en forma expresa, positiva y precisa, con arreglo a la pretensión deducida y a las excepciones o defensas opuestas” (Lo resaltado del texto transcrito).

La denuncia sostiene que se ha producido la infracción del artículo 566 del Código de Comercio, por no existir en la recurrida una adecuada motivación en la respuesta que se dio al alegato de la demandada, esto es, que no existía la obligación de pagar los daños por no ser posible la subrogación en los derechos del asegurado.

Para decidir, la Sala observa:

En este caso el fundamento de la delación es una evidente confusión entre una denuncia por infracción de Ley y una de forma por infracción del requisito intrínseco de la motivación de los fallos pues, toda la argumentación consiste en demostrar que la infracción es una consecuencia de la manera como se motivó la sentencia.

Ahora bien, si consideramos que el presupuesto del derecho de subrogación, conforme lo dispone el artículo 566 del Código de Comercio, “ El asegurador que pague la cantidad asegurada” la respuesta del sentenciador de alzada cuando declara que “debe traer a colación este sentenciador la práctica reiterada de las empresas de seguro de exonerarse de responsabilidad y no pagar la indemnización correspondiente después del pago de la prima, alegando derechos de subrogación y/o aplicando cláusulas contractuales impuestas al tomador, conducta que no se corresponde con la buena fe que caracteriza al contrato de seguros”, es una respuesta suficiente, aun cuando exigua, a la pretensión del demandado de derivar el derecho a no indemnizar, alegando una supuesta imposibilidad para hacer valer el derecho de reclamar al tercero causante del daño, ya que, es evidente que el sentenciador rechaza el alegato diciendo que la Aseguradora debe cumplir su obligación de buena fe, sin que pueda negarse aduciendo derechos que sólo nacen luego de haber cumplido con la indemnización.

Por consiguiente, no existe infracción del artículo 566 del Código de Comercio, pues no se trata de que se haya negado aplicación a la mencionada norma, sino que se ha considerado ineficiente oponer a la obligación de indemnizar, el derecho de la empresa aseguradora de subrogarse en los derechos del asegurado, que no implica un desconocimiento a la aplicabilidad del mencionado precepto o al derecho que consagra en favor del asegurador.

En consecuencia, concluye la Sala, que la denuncia de infracción del artículo 243 ordinales 4º) y 5º) del Código de Procedimiento Civil y del artículo 566 del Código de Comercio, por falta de aplicación, es improcedente. Así se declara.

..... •
**TEMA: ABANDONO DEL BIEN ASEGURADO Y SU
APLICABILIDAD**

Máxima: la regla general es que la institución del aban-

dononon es aplicable al seguro terrestre, como sí ocurre en la póliza de automóviles. De igual forma, si no existe una estipulación en la póliza, las normas que regulan el abandono en el Código de Comercio no le resultan aplicables.

Máxima: en los seguros terrestres se puede pactar el abandono de las cosas aseguradas, por disposición del artículo 573 del Código de Comercio, el cual dispone que: “El abandono consiste en una declaración que permite al asegurado, en determinados casos previstos por la ley, exigir del asegurador la totalidad de la suma asegurada, a cambio de transferirle sus derechos sobre las cosas objeto de seguro. Esta transmisión recibe el nombre de abandono”.

Máxima: la obligación del asegurado de traspasar la propiedad del bien asegurado, nace al recibir la indemnización (do ut des).

EXTRACTO:

Con fundamento en el ordinal 2º) del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el artículo 320 eiusdem se denuncia una suposición falsa por parte del juez, cuando examinó el contrato de seguros y la infracción de los artículos 1.363, 1.160 y 1.361 del Código Civil, el primero, por falsa aplicación y los restantes, por falta de aplicación; la del artículo 573 del Código de Comercio por errónea interpretación; de los artículos 858, 859 ordinal 6º) y 886 eiusdem; por falta de aplicación; y la del artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, también por falta de aplicación.

Alega el formalizante:

“La parte demandada en la contestación de la demanda alegó “que

la demanda es improcedente porque en ella no se ejercita la acción de abandono de la cosa asegurada, ni puede ser ejercitada porque en el poder no se confiere esa facultad a los apoderados que en él aparecen. El abandono de la cosa asegurada es una *conditio juris* et de jure de la indemnización por la pérdida total de la cosa asegurada de tal suerte que, habiéndose omitido el ejercicio de esta acción en la demanda, la indemnización pretendida es improcedente. Pido un pronunciamiento expreso del Tribunal sobre esta defensa”.

La recurrida al tratar esta defensa, expresa:

“Se observa que la parte demandada, alegó la improcedencia de la demanda en virtud de que el actor en su escrito libelar no había ejercido la acción de abandono de la cosa asegurada, al respecto se observa del contenido del segundo aparte de la Cláusula 10 de las Condiciones Particulares que “Al recibir el asegurado la indemnización que le corresponda por concepto de Pérdida Total del vehículo, traspasará a la compañía la propiedad del mismo”.

“En este sentido observa este sentenciador que si bien está establecido en la cláusula arriba parcialmente transcrita, que el asegurado debe traspasar a la aseguradora el bien mueble declarado en pérdida total, no deja de ser cierto, que el presente juicio trata del cumplimiento de contrato por parte de La Venezolana de Seguros C.A., por lo que no encontrándose definitivamente dilucida esta causa mal puede la parte demandada esgrimir este alegato, ya que si él no ha cumplido con su obligación de pagar, el actor tampoco puede cumplir con la obligación de traspasar el vehículo, cuestión esta que puede realizar la parte actora una vez satisfecha su pretensión. por lo que debe esta alzada desechar el alegato de la parte demandada. Y así se decide. “ (sic)

En la Póliza de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres Cobertura de Pérdida Total Solamente, invocada por la actora, la cobertura de la póliza no es sino el traslado a los seguros terrestres del abandono a que se refiere el ordinal 6° del artículo 859 del Código de Comercio, que reza:

“El abandono tiene lugar, salvo estipulación en contrario:

6º- En la pérdida o deterioro material de los objetos asegurados que disminuyan su valor en las tres cuartas partes a lo menos de su totalidad”.

La cláusula 2 de las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres Cobertura de Pérdida Total Solamente, expresa:

“La cobertura comprende solamente la Pérdida Total del vehículo dentro de los límites territoriales indicados en las Condiciones Especiales.

Se considerará Pérdida Total, el robo o hurto del vehículo, o cuando el importe de la reparación de los daños sea igual o mayor que el setenta y cinco por ciento (75%) del valor asegurado del vehículo, incluyendo sus accesorios”

De la confrontación de la cláusula transcrita con la norma establecida en el ordinal 6º del artículo 859 del Código de Comercio, se evidencia la identidad de los condicionantes de hecho para exigir el pago integro de la indemnización, por la pérdida de la cosa. Cuando, sus deterioros alcancen un valor igual o superior a las tres cuartas partes de la suma asegurada

En los seguros terrestres se puede pactar el abandono de las cosas aseguradas, por disposición del artículo 573 del Código de Comercio. “El abandono consiste en una declaración que permite al asegurado, en determinados casos previstos por la ley, exigir del asegurador la totalidad de la suma asegurada, a cambio de transferirle sus derechos sobre las cosas objeto de seguro. Esta transmisión recibe el nombre de abandono”. Joaquín Garrigues Curso de Derecho Mercantil Editorial Porrúa- Mexico-1.977- En igual sentido, René Rodière- Droit Maritime- Assurances Maritimes-Dalloz-1.993-, Georges Ripert- Droit Maritime- 1.950-1.953- Puesta al día por René Rodière- 1.963.

La cláusula 10 de las Condiciones Particulares de la Póliza, establece.

“Las indemnizaciones se pagarán al asegurado y a la persona que demuestre tener derecho preferente sobre el vehículo, en proporción a sus respectivos intereses. Al recibir el asegurado la indemnización que le corresponda por concepto de Pérdida Total del vehículo, traspasará a la compañía la propiedad del mismo”

Resulta, Ciudadanos Magistrados, que esta cláusula en función de la cobertura de la póliza es una convención de abandono de las cosas aseguradas, por aplicación de los artículos 858 y 573 del Código de Comercio. Esta última norma habla de abandono y que se permite por convención en los seguros, luego cualquier interpretación sobre “abandono”, en cuanto a su naturaleza y sus efectos, en materia de seguros, tiene que buscarse en la ley y en la doctrina. Así, la acción de abandono, cuando el importe de la reparación de los daños de la cosa asegurada sea igual o exceda del 75% del valor asegurado, exige, si el asegurado pretende el pago íntegro de la indemnización, la transmisión de la propiedad de los objetos asegurados mediante manifestación expresa de quienes tienen la facultad de transferirla, como enseña la doctrina y como lo establece el artículo 886 del Código de Comercio, que dispone que el abandono admitido o declarado válido en juicio contradictorio, transfiere desde su fecha a los aseguradores el dominio irrevocable de las cosas aseguradas, con todos los derechos y obligaciones del asegurado. Y en el aparte último, señala la ley: “Mientras abandono no sea aceptado por los aseguradores o establecido por sentencia, podrá el asegurado retractarlo”

La norma al establecer que a falta de aceptación de los aseguradores el abandono debe ser establecido por sentencia, exige la pre-existencia de un juicio contradictorio que necesariamente debe comenzar con la demanda del asegurado por ante el órgano jurisdiccional, manifestando su voluntad de transferir la propiedad de la cosa para obtener el pago de la indemnización total. Como dice René Rodière, en la acción de abandono, podemos afirmar que la idea de transferencia de la propiedad domina toda la materia. Y Dalloz señala que la transmisión de la propiedad es una conditio

juris el de jure de la acción de abandono.

La recurrida analiza la defensa de improcedencia de la demanda por no haberse ejercitado la acción de abandono para reclamar el pago íntegro de la indemnización, por afirmar el asegurado en su libelo de demanda que el accidente produjo daños en la cosa, asegurada que, conforme a la cobertura de la póliza constituían pérdida total del vehículo. Y la desecha, fundándose en que “no deja de ser cierto, que el presente juicio trata del cumplimiento de contrato por parte de La Venezolana de Seguros C. A., por lo que no encontrándose definitivamente dilucidada esta causa mal pues la parte demandada esgrimir este alegato va que si él no ha cumplido con su obligación de pagar, el actor tampoco puede traspasar el vehículo, cuestión esta que puede realizar la parte actora una vez satisfecha su pretensión, por lo que esta alzada debe desechar el alegato de la parte demandada, y así se decide o sea, ciudadanos magistrados, que en el fondo no resuelve la controversia y con un argumento incoherente, pretende que el legislador reglamenta la misma situación de dos maneras diferentes.

Incorre la recurrida en violación del artículo 1.363 del Código Civil, por falsa aplicación, por cuanto la norma establece que el instrumento privado reconocido, la póliza lo es, tiene entre las partes la misma fuerza probatoria que el instrumento público, de manera que la convención en la cual se estipula el abandono de la cosa asegurada, como *conditio juris et de jure* de la indemnización por su pérdida total, es indiscutible y hace fe entre las partes. Mal puede la recurrida establecer que la acción de abandono es posterior v complementaria de la acción de cumplimiento de contrato, o que debe dilucidarse la acción de ejecución del contrato para que proceda el abandono de la cosa asegurada o que para ejercitar el abandono debe previamente haberse satisfecho la indemnización, porque estos condicionantes son ajenos al abandono en los seguros de daños, y no están contenidos en el instrumento privado reconocido. En el Derecho de Seguros son incompatibles las acciones de cumplimiento de contrato y de abandono; el asegurado que

pretenda cobrar la indemnización de los deterioros sufridos por la cosa asegurada considerando los deterioros como pérdida total debe ejercitar la acción de abandono.

Asimismo, violenta la recurrida el artículo 1.361 del Código Civil por falta de aplicación, porque la fuerza probatoria del instrumento privado reconocido y la fe pública que merecen las declaraciones en él contenidas se extienden aun a las cosas que no han sido expresadas de manera enunciativa, con tal que tengan relación con el acto, y no puede afirmarse que el abandono de la cosa asegurada no guarda relación con la indemnización por pérdida total de ella, de manera que el abandono forma parte del contrato y debe interpretarse de conformidad con las normas del derecho que lo definen y lo regulan en los seguros marítimo, aplicables a los seguros terrestres.

Incorre la recurrida en la desnaturalización del contrato de seguro establecido en la Póliza de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres-Cobertura de Pérdida Total Solamente, al considerar que la Cobertura de la Póliza, tal como está definida en ésta, no es una causal del abandono de la cosa asegurada y que el asegurado contractualmente puede exigir el pago total de la indemnización por los deterioros del vehículo que sean del 75% del valor asegurado, o excedan de ese porcentaje, por vía de la acción de cumplimiento de contrato; incurre en desnaturalización del contrato de seguro al interpretar que la transmisión de la propiedad de la cosa no es una condición de derecho para exigir el pago integro de la indemnización, por los deterioros de la cosa asegurada que sean iguales o excedan de las tres cuartas partes del valor asegurado.

La jurisprudencia enseña que la cláusula de un contrato debe apreciarse en concordancia con otras cláusulas que la confirman o la completan en su sentido y alcance. La desnaturalización por omisión implica que el juez ha hecho abstracción, voluntariamente o no, de una cláusula o de la parte de un documento claro y preciso, es, podemos afirmarlo, una desnaturalización del contenido

del acto o contrato. Los jueces de fondo no tienen la obligación de reproducir integralmente los escritos en sus sentencias, pero ellos tienen la obligación en materia de interpretación del contrato de tomar en consideración todas las cláusulas que tengan relación con el problema a resolver, porque su misión es la búsqueda de la verdad y la solución del conflicto conforme a derecho. La recurrida debe interpretar el contrato tal como lo ordena el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil en concordancia con el artículo 1.160 del Código Civil, que imponen al juzgador tener en cuenta las exigencias de la ley, de la verdad y de la buena fe.

La recurrida, tal como consta del texto de su motivación, solo tomó en cuenta una frase de la cláusula 10 de las Condiciones Particulares de la póliza, que establece: “Al recibir el asegurado la indemnización que le corresponda por concepto de pérdida total del vehículo, traspasará a la compañía la propiedad del mismo”, y de esta frase concluye que esta obligación puede cumplirla la actora a su libre arbitrio, después de que haya sido satisfecha su pretensión, desnaturalizando, por omisión de analizar en conjunto otras cláusulas esenciales de la póliza estrechamente vinculadas con el asunto a resolver, el contenido del contrato.

La recurrida incurre en falso supuesto, por desnaturalización del contrato de seguro, cuando este contiene estipulaciones específicamente señaladas como reproducción de la causal de abandono establecida en el ordinal 6° del artículo 859 del Código de Comercio, aplicable al seguro terrestre por disposición del artículo 573 ejusdem, y que están conformes con lo estatuido en estas normas, de manera que no existe ninguna duda que la recurrida ha hecho producir efectos distintos a los previstos en la póliza a la institución de “abandono” y que, no pueden ser otros que los establecidos por el legislador para el seguro marítimo en los artículos 858, 859, ordinal 6° y 886 del Código de Comercio, aplicable a los seguros terrestres de conformidad con el artículo 573 ejusdem..

La recurrida incurre en desviación ideológica del contrato de segu-

ro, como también llama el Dr. Márquez Añez a la desnaturalización, cuando declara que el asegurado puede cumplir su obligación de traspasar el vehículo una vez satisfecha su pretensión, porque precisamente la acción para reclamar a la aseguradora el pago de la indemnización por la pérdida total de la cosa asegurada, cuando los daños disminuyan en las tres cuartas partes el valor de la suma asegurada, exige que sea en, el libelo de la demanda que se ejercite el abandono, por disposición del artículo 896 del Código de Comercio.

Ciudadanos Magistrados: El falso supuesto en que incurrió la recurrida al omitir el análisis y apreciación de la definición del riesgo establecido en la Cobertura de la Póliza y al desvincular totalmente esta cláusula, que es un traslado de la norma jurídica establecida por el legislador en el ordinal 6° del artículo 859 del Código de Comercio, de la última frase de la cláusula 10 de las Condiciones Particulares de la póliza, desnaturaliza el contrato de seguro y esta suposición falsa es determinante del dispositivo del fallo, porque la hace producir efectos distintos de los previstos en la susodicha póliza

La recurrida tenía el deber legal de atenerse a las normas del derecho, de aplicar los principios del derecho como lo ordena el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, e interpretar el contrato conforme a la ley y la buena fe como lo dispone esta norma y lo preceptúa artículo 1.160 del Código Civil, y para interpretar el contrato de seguro contenido en la Póliza de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres Cobertura de Pérdida Total Solamente, en relación con la acción del abandono de la cosa asegurada, ha debido analizar no solo la frase de la cláusula 10 de las Condiciones Particulares sino vincularla con la Cobertura de la Póliza, con la cláusula segunda, y estas con los artículos 573, 858, 859, y 886 del Código de Comercio, que son los artículos en los cuales el legislador establece el abandono, como derecho y como acción en el seguro y lo regula no sólo en su contenido y alcance sino en cuanto a su ejercicio. La recurrida tenía el deber legal de darle a las convenciones de las

partes establecidas en la póliza la fuerza probatoria que le confiere al documento privado auténtico el artículo 1.363 del Código Civil, y de extender la fe del instrumento a las cosas que se relacionan con el acto, aun cuando no hayan sido enunciadas expresamente.

Ciudadanos Magistrados: En conclusión, si la recurrida hubiera considerado que el contrato es ley para las partes; que en caso de controversia sobre el siniestro y la obligación de indemnizar los deterioros de la cosa asegurada, como pérdida total del bien, el asegurado deberá, para exigir el pago de la indemnización convenida en la póliza, hacer abandono de la cosa a la aseguradora mediante juicio contradictorio: que el abandono admitido o declarado en el juicio, exige como condición necesaria el ejercicio de la acción de abandono, hubiera llegado a la conclusión de la improcedencia de la acción de cumplimiento de contrato, que es la acción ejercitada en esta causa, y por lo tanto el dispositivo del fallo sería otro totalmente distinto al establecido por la recurrida...”(Resaltado del texto transcrito).

De la imprecisa exposición del formalizante, que ha sido examinada por la Sala para ubicar concretamente los razonamientos, se desprende, que la infracción de las normas las deriva de la presunta suposición falsa que atribuye al sentenciador, cuando interpretó el contrato de seguros, utilizándola a lo largo de la exposición de sus argumentos, en diversos sentidos para explicar las diferentes infracciones, salvo en el caso de los artículos 858, 859 y 886 del Código de Comercio, que considera aplicables al caso concreto con una interpretación que ofrece del artículo 573 eiusdem.

Para decidir, la Sala observa:

La suposición falsa no se origina, como pretende la denuncia, por haber considerado el sentenciador sólo una cláusula del contrato o de las consideraciones de orden intelectual que haya realizado el Juez, ya que se produce por la falsedad de un hecho que ha sido establecido que no se puede deducir de la prueba analizada.

Este es el argumento que se ofrece en la delación, cuando repetidamente se afirma que no se han tenido en cuenta otras cláusulas de la póliza de seguros que no son mencionadas o cuando se declara que la conclusión del sentenciador de que el pago de la indemnización es el que origina el derecho a que sea trasferida la propiedad, es un hecho falsamente establecido.

Por otra parte, el recurrente hace una singular interpretación del artículo 573 del Código de Comercio, para concluir que son aplicables a las reglas del abandono del seguro marítimo. Dice que el artículo 573 *eiusdem* permite la convención del abandono de las cosas aseguradas en los contratos de seguros, que es el vínculo del cual deduce la pretendida aplicación de los artículos 858, 859 y 886 del mismo Código, que regulan lo relativo al seguro marítimo. Sin embargo, la mencionada norma lo que dice es que, en “Los seguros terrestres, salvo el de transporte, no hay lugar al abandono de las cosas aseguradas, a menos que haya convención en contrario”. Es obvio que, al contrario de lo expresado en la denuncia, la regla general es que la institución del abandono no es aplicable al seguro terrestre, como lo es la póliza de automóviles, cuyo cumplimiento se discute en este juicio. Luego, si no existe una estipulación en la póliza, las normas que regulan en el Código de Comercio la institución del abandono, no son aplicables en este caso, como erróneamente sostiene el formalizante.

Por lo demás, cuando el sentenciador declara que lo discutido es el cumplimiento del contrato de seguros, por no haberse pagado la indemnización, que permite nazca el derecho de la aseguradora a que se le trasmita la propiedad de la cosa asegurada en los casos de pérdida total, para descartar el alegato del demandado, es, sin duda, lo que se deduce de la redacción de la cláusula décima de las condiciones particulares de la póliza de seguro de casco de vehículos terrestres en la cobertura de pérdida total, analizada por el sentenciador, en la cual se dice que la obligación del asegurado de traspasar la propiedad del bien asegurado, nace al recibir la indemnización (*do ut des*).

En consecuencia, concluye la Sala, que la denuncia de infracción de los artículos 1.363 del Código Civil, por falsa aplicación, de los artículos 1.160 y 1.361 *eiusdem*, por falta de aplicación; la del artículo 573 del Código de Comercio por errónea interpretación; la de los artículos, 858, 859 ordinal 6º) y 886 *eiusdem*; por falta de aplicación; y la del artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, por falta de aplicación es improcedente. Así se declara.

.....

TEMA: VALOR PROBATORIO DE LA DECLARACIÓN DEL FISCAL DE TRÁNSITO

Máxima: no es aplicable la regla de valoración del documento público prevista en el artículo 1.359 del Código de procedimiento Civil, para examinar las declaraciones del fiscal de tránsito que elaboró el reporte de tránsito. En otras palabras, la denuncia en lugar de demostrar cual es el hecho falsamente establecido, se dedica a tratar de demostrar que, a su juicio, hay razones que demostrarían que las declaraciones del funcionario de tránsito no son confiables y a explicar cómo declaraciones del expediente, podían ser interpretadas de otra manera, que no es la fundamentación adecuada de las denuncias por falsa suposición.

EXTRACTO:

Con fundamento en lo establecido en el ordinal 2º) del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el artículo 320 *eiusdem*, se denuncia la infracción de los artículos 12 del mismo Código, por falta de aplicación; y 1.359 del Código Civil, por falsa aplicación, cuando en la sentencia recurrida se incurrió en una suposición falsa, al dar por demostrado un hecho cuya inexactitud resulta de un acta del expediente.

Alega que:

“La recurrida, en relación con el accidente alegado por la parte demandante expresa:

“Copia certificada del Reporte de Accidente emanado del Departamento de Choques Simples de la Unidad Estatal N° 12 de los Valles del Tuy, de la Dirección de Vigilancia del Ministerio de Transporte y Comunicaciones. En relación a la observación de la causa del accidente, en el cual el funcionario señaló que el mimo ve originó por el vehículo atravesado en medio de la vía, este Tribunal observa de la revisión del croquis que se encuentran señalados dos (2) vehículos. Y de la lectura de las observaciones hechas por el funcionario, se desprende que este señaló que para el momento del accidente el vehículo y su conductor circulaban en sentido San Casimiro-Cúa, determinando que la causa del mismo fue por un vehículo atravesado en la vía y que esta estaba mojada En tal sentido, observa este sentenciador, que si bien es cierto que dicho reporte fue impugnado por la contraparte en su oportunidad legal, el mismo no lo realizó conforme lo prevé el artículo 438 del Código de Procedimiento Civil, por lo que, siendo un instrumento público realizado por funcionario competente para dar plena fe de lo acontecido, mientras no sean declarados falsos los hechos jurídicos que el funcionario público declaró haber efectuado; vista u oído, por lo que al no haberlo tachado de falso conforme a la ley, este tribunal lo tiene con todo su valor probatorio que de su contenido se desprende, y así se decide.

La recurrida incurre en abuso de poder y produce un acto jurisdiccional que es nulo de conformidad con el artículo 25 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, porque la recurrida atribuyéndose facultades que no tiene asume el conocimiento y la revisión de esta parte de la sentencia del a-quo, que había adquirido el carácter de cosa juzgada dado que el actor, que era la persona agraviada con la decisión del a-quo, no ejercitó el recurso de apelación contra la decisión y la apelación ejercitada por

la demandada se limitaba a los aspectos del fallo que le causaban agravio a ella y no al otro, tal como se alegó en la cuarta denuncia de la formalización por vicios de actividad.

No obstante, la denuncia por vicios de actividad, mí representada a todo evento denuncia que la recurrida incurrió en suposición falsa al establecer que la causa. del accidente fue un vehículo atravesado en la vía, fundándose para ello en el Reporte de Accidente emanado del Departamento Choques Simples de la Unidad Estatal N° 12 de los Valles del Tuy, de la Dirección de Vigilancia del Ministerio de Comunicaciones, donde aparece un croquis en que se encuentran señalados dos (2) vehículos y las observaciones hechas por el funcionario.

En el referido Reporte de Accidente, se incluye un croquis del accidente, ocurrido el 25 de agosto de 1.996, en el sector Araguaita, carretera Cúa San Casimiro, firmado por el ciudadano Antonio Ramón Ávila, en el cual aparece el dibujo de la carretera, y un rectángulo que representa un vehículo que se encuentra sobre una angosta y pequeña cuneta, con gran parte de él sobre la zona verde y una muy pequeña parte sobre la vía. Como pueden apreciar los Ciudadanos Magistrados, la simple vista del croquis permite concluir que el análisis de la recurrida es falso, por cuanto en él no aparece sino un vehículo, de donde se colige que el propio instrumento, al cual la recurrida le otorga el carácter de plena prueba, desvirtúa el hecho que se da por probado.

La recurrida afirma que le da pleno valor probatorio al reporte, porque fue realizado por funcionario público, y si bien la parte demandada lo impugnó, no lo tachó de falso conforme al artículo 438 del Código de Procedimiento Civil, y en consecuencia le da pleno valor a lo que el funcionario declara haber efectuado visto u oído.

En la contestación de la demanda la parte demandada alegó que el funcionario no estuvo presente en el momento del accidente y que impugna la observación sobre la causa del accidente. La recurrida, como todo juez, tiene la obligación legal de buscar la verdad en

los procesos judiciales, de examinar las pruebas imparcialmente y de analizar su contenido, por imposición de los artículos 12 y 509 del Código de Procedimiento Civil. El vigilante de tránsito, que es el funcionario al cual se refiere la recurrida, tiene autoridad para intervenir en los accidentes de circulación, pero su labor se limita a dejar constancia del estado en que quedó o quedaron los vehículos involucrados en el accidente, de los signos y señales del accidente, de la identidad de los conductores y los vehículos, y en general dejar constancia de la situación en que se hallan los vehículos en el momento de su intervención. La opinión del vigilante de tránsito, aún si es testigo presencial del accidente, no tiene el valor de prueba plena, porque las opiniones de los funcionarios públicos carecen de fe pública

La impugnación del reporte de accidente no tiene necesariamente que hacerse por vía de la tacha del documento, confundiendo la fe que merece el funcionario público respecto de los hechos jurídicos que declara haber efectuado, visto u oído con la opinión expresada sobre los mismos hechos, o sobre su propio comportamiento o el de los terceros. Como enseña la doctrina, la regla de la fe debida a los instrumentos públicos está lejos de abolir todo poder de apreciación de los jueces de fondo, estando esta regla limitada en cuanto a su extensión como en cuanto a sus consecuencias. (Jacques Boré- La Cassation en Matière Civile- pag 307- Dalloz- 1997).

La regla de la fe debida al documento auténtico está limitada en cuanto su extensión a las solas comprobaciones materiales hechas por el funcionario público. As (Sic) por ejemplo, ninguna fe merece las declaraciones del funcionario público sobre el estado mental de los conductores. En cuanto a las consecuencias del documento público, conviene insistir que el juez- aun si el instrumento público no ha sido tachado de falsedad, en el ejercicio de su poder soberano de buscar la verdad y apreciar los hechos y las pruebas, pueden establecer sus consecuencias. El puede decidir, con fundamento en la prueba de presunciones, consecuencias jurídicas distintas al instrumento. La Sala de Casación Civil, en sentencia de fecha 25 - 3-69.

GF 63, 2E. p 473 expresó:

“No desconocen los jueces de instancia la fe que la ley le atribuye a los documentos públicos si, en ejercicio de la soberanía de que la ley los inviste para apreciar las pruebas consideran que tales documentos prueban algo distinto a lo que con ellos pretendía probar la parte que los produjo “.

Con fundamento en la doctrina expuesta, resulta que, contrariamente a lo resuelto por la recurrida. no es condición sine qua non para que el juez estudie, analice y aprecie el contenido del instrumento público, la impugnación por vía de la tacha de falsedad a que se refiere el artículo 438 del Código de Procedimiento Civil porque las propias contradicciones del instrumento y los indicios y presunciones que de él emanen, le obligan, para cumplir cabalmente el deber de buscar la verdad que le impone el artículo 12 ejusdem, examinar detenidamente la prueba y motivar sus conclusiones.

En el caso de autos, y en relación al Reporte de Accidente del funcionario de tránsito, debe mi representada resaltar los siguientes hechos:

El actor señala como hora del accidente de circulación las 0,30 horas del día 25 de agosto de 1.996; el funcionario público señala como fecha y hora del accidente el día 25 de agosto de 1.996 a las 2,35 a. m, o sea, que el funcionario público interviene para levantar el accidente dos horas después de sucedido;

El funcionario, en relación a los controles de tránsito existentes, señala.

Vigilante de Tránsito, NO- (Obsérvese que en el Reporte está marcado con una X bajo la palabra No.) Esto permite establecer que en el momento del accidente no estuvo presente el vigilante de tránsito)

En el Croquis del Accidente no aparece sino un vehículo.

En la versión del conductor, este dice que “Para el momento de la actuación de tránsito ya habían quitado el vehículo”.

Las comprobaciones materiales hechas (sic) por el funcionario, en el momento de su actuación, desvirtúan su opinión, expresada en el mismo instrumento, según la cual, “se determinó que la causa del accidente se originó por el vehículo atravesado en medio de la vía”. Del propio Reporte de Accidentes se concluye que el Vigilante de Tránsito no estuvo presente en el momento del accidente, luego sus observaciones sobre la causa del accidente carecen de sinceridad y de veracidad, y que su opinión sobre la causa del accidente no es sino la reproducción del cuento del conductor para justificar su conducta al conducir el vehículo a exceso de velocidad, en una vía mojada, de noche.

El artículo 1.359 del Código Civil establece el valor probatorio del instrumento público. Señala la disposición:

“El instrumento público hace plena fe, así entre las partes como respecto de terceros, mientras no sea declarado falso: 1° de los hechos jurídicos que el funcionario público declara haber efectuada, si tenía facultad para efectuarlos: 2° de los hechos jurídicos que el funcionario público declara haber visto u oído, siempre que esté facultado para hacerlos constar.”

El funcionario público, en el caso de autos, dice que “se determinó que la causa del accidente se origina por el vehículo atravesado en la vía”, (sic), pero omite indicar cómo determinó la causa, si todo el Reporte de Accidente, por el contrario, comprueba que no estuvo presente en el momento del accidente, que en el día y la hora del accidente no hubo ningún control de tránsito y que en los momentos previos al volcamiento, ni al ocurrir éste, hubo control de tránsito en la vía por Vigilantes de Tránsito, que no hubo vehículo alguno atravesado en la vía, de tal suerte que las comprobaciones materiales expresadas por el funcionario son las únicas que tienen fe pública.

((Omissis))

La recurrida incurre en suposición falsa cuando da pleno valor

probatorio al referido instrumento público estableciendo de él la existencia en la vía de un vehículo y que este estaba atravesado en la carretera en el momento del accidente, cuando del propio instrumento se comprueba la inexistencia de tal hecho. Gracias a la falsa suposición del hecho, la recurrida concluye que el accidente de circulación se produjo por el vehículo atravesado en la vía y, en consecuencia, que fue accidental, liberando al asegurado de toda responsabilidad y condenando a mi representada, en el dispositivo del fallo, al pago de la indemnización del siniestro. Huelga insistir sobre lo determinante que fue la suposición falsa en el dispositivo del fallo”. (Lo resaltado del texto transcrito).

La denuncia consiste en afirmar que ha incurrido en falsa suposición el Juez, por el valor que se atribuye a las declaraciones del funcionario de tránsito en el reporte del accidente que elaboró con ocasión donde vio involucrado el vehículo asegurado, las cuales, de acuerdo a lo que considera la formalización, no se les podía dar la credibilidad que les concede el fallo impugnado.

Para decidir, la Sala observa:

Es evidente la confusión en la delación entre una denuncia por suposición falsa y una por infracción de una regla para valorar el mérito de la prueba. Toda la argumentación está dirigida a demostrar no la inexactitud de un hecho por lo que dice otra acta del expediente, sino que no es aplicable la regla de valoración del documento público prevista en el artículo 1.359 del Código de procedimiento Civil, para examinar las declaraciones del fiscal de tránsito que elaboró el reporte de tránsito. En otras palabras, la denuncia en lugar de demostrar cual es el hecho falsamente establecido, se dedica a tratar de demostrar que, a su juicio, hay razones que demostrarían que las declaraciones del funcionario de tránsito no son confiables y a explicar cómo declaraciones del expediente, podían ser interpretadas de otra manera, que no es la fundamentación adecuada de las denuncias por falsa suposición.

En consecuencia, concluye la Sala, que la denuncia de infracción del artículo 12 del Código de Procedimiento Civil y 1.359 del Código Civil, por falsa de aplicación, es improcedente. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00666.

FECHA: 03 de mayo de 2007.

PARTES: Cobertura de Previsión Nacional C.A., contra el Ministerio de Finanzas (hoy Ministerio del Poder Popular para las Finanzas).

.....

**TEMA: SERVICIOS FUNERARIOS. DEL EJERCICIO DE LA
ACTIVIDAD DE SEGURO SIN AUTORIZACIÓN**

Máxima: del análisis del convenio suscrito entre las partes se evidencian indicios de la presencia de un contrato de seguros, los cuales son: i) la empresa Cobertura de Previsión Nacional, C.A., quien es la persona obligada; ii) la prima que debe pagar el afiliado, determinada en una de las cláusulas del contrato, así como su forma de pago, lo cual implica la suma que cobra la empresa a los asociados o afiliados en compensación del riesgo que afronta; y iii) la existencia de una póliza la cual no es otra que el propio convenio, en el que la empresa se compromete a amparar a todos los asociados y sus familiares ante la ocurrencia del hecho o siniestro.

Máxima: el “contrato de seguro” reúne un conjunto de características, algunas de las cuales lo distinguen del resto de los contratos, las cuales son: solemne (por disposición del artículo 549 del Código de Comercio aplicable *ratione temporis*), bilateral, oneroso, aleatorio, de

buena fe, de ejecución sucesiva, mercantil, principal, indemnizatorio y de adhesión.

Máxima: la actividad aseguradora se fundamenta en la mutualidad, entendida ésta como el “conjunto de principios técnicos que tienen por objeto la repartición de pagos entre numerosos coobligados”, mediante la cual la empresa aseguradora, del grupo de personas que conforman la comunidad de riesgos, capta un fondo que le permite compensar la magnitud de los posibles siniestros que podrían afectar los intereses de los integrantes de dicha comunidad.

Máxima: la constitución de las empresas de seguros requiere la autorización del Ejecutivo Nacional, previo informe de la Superintendencia de Seguros.

EXTRACTO:

De las actas procesales se observa que entre la empresa recurrente y la “CAJA DE AHORROS DEL SECTOR EMPLEADOS PÚBLICOS del MTC MARNR MINDUR INOS INPARQUES FEA ICCLAM FUNDAINCENDIOS CNV HIDROVEN Y FILIALES, CASEP”(sic) se efectuó un “CONVENIO DE SERVICIOS FUNERARIOS PARA SOCIOS DE CASEP”, también denominado “Convenio de Servicios Exequiales”(sic) (folios 1 y 23 al 28 del expediente administrativo), el cual consiste en la obligación por parte de la empresa recurrente de prestar a los afiliados de la caja de ahorros o sus familiares que se asociaren al convenio los servicios funerarios, o de realizarles un pago como reembolso de hasta un máximo de cuatrocientos mil bolívares (Bs. 400.000,00) cuando el referido servicio hubiese sido suministrado por otra funeraria. El lapso de duración del referido convenio es de un año (a partir del 1° de enero de 1999) prorrogable por igual período, cuyo servicio es ofrecido mediante dos (2) tipos de planes: A y B, tomando la empresa recurrente como contraprestación para asumir tal obligación un pago anual por parte de dichos afiliados, cuya cantidad depende del plan

escogido, el cual es de treinta y nueve mil bolívares (Bs. 39.000,00) para los que se adhirieron al “PLAN A”, o de cuarenta y cinco mil quinientos bolívares (Bs. 45.500,00) para los que se adhirieron al “PLAN B”. En el caso de autos, la ciudadana Gloria García Durán, titular de la cédula de identidad N° 2.950.357, en su condición de afiliada de la caja de ahorros se asoció al “PLAN A” junto con un familiar.

En el convenio bajo examen se evidencia que la empresa recurrente se comprometió a prestar los servicios funerarios para sus asociados, o sus familiares, durante el lapso de un año (a partir del 1° de enero de 1999) prorrogable por igual período, cuya obligación está condicionada por cuanto su exigibilidad depende del acontecimiento de un evento futuro e incierto, que es la muerte, la cual puede ocurrir o no durante ese año. Asimismo, se evidencia del convenio que la referida obligación condicionada consiste en el suministro de los servicios funerarios a nivel nacional o el pago de hasta un máximo de Bs. 400.000 como reembolso “siempre y cuando el afiliado presente factura y copia del Acta de Defunción”, lo cual posee un carácter resarcitorio si se toma en cuenta que a través del contrato lo que se busca es contrarrestar la disminución patrimonial que producirían los gastos de sepelio a los asociados del convenio. Finalmente se observa de las cláusulas del contrato que la empresa recurrente prestaría sus servicios a los afiliados de la caja de ahorros, o sus familiares, asociados al convenio y que hubiesen autorizado “efectuar los descuentos respectivos, tanto a la cuota inicial como de las mensualidades”, lo cual constituye el pago o contraprestación a la recurrente por el servicio prestado.

De lo antes expuesto y comparando la actividad prevista en el convenio bajo examen con la definición de “contrato de seguro” establecida en la legislación aplicable, observamos que la obligación de indemnizar viene dada por el compromiso de la empresa recurrente de prestar sus servicios funerarios o el pago de una cantidad de dinero como reembolso; el siniestro lo constituiría la muerte en el tiempo allí estipulado de alguno de los afiliados de la caja de ahorros, o de sus familiares asociados al convenio; y la prima está representada por el pago efectuado por sus asociados a través de la caja de ahorros.

En segundo lugar, el “contrato de seguro”-como antes se indicó- reúne un conjunto de características, algunas de las cuales lo distinguen del resto de los contratos, cuales son: su carácter solemne (por disposición del artículo 549 del Código de Comercio aplicable *ratione temporis*), bilateral, oneroso, aleatorio, de buena fe, de ejecución sucesiva, mercantil, principal, indemnizatorio y de adhesión.

En el caso de autos se observa que la recurrente y la afiliada de la caja de ahorros (la ciudadana Gloria García Durán) consintieron en celebrar un contrato de servicios fúnebres, cuya existencia se deriva de un documento llamado “CONVENIO DE SERVICIOS FUNERARIOS PARA SOCIOS DE CASEP” (folio 1 del expediente administrativo), en el que se dejó constancia de las condiciones de la contratación, de donde se desprende el carácter solemne de dicha negociación; la referida afiliada de la caja de ahorros aceptó que se le descontara por caja de ahorro “el monto correspondiente según el plan seleccionado”, a los fines de pagar el servicio prestado por la recurrente, de lo cual se refleja el carácter bilateral y oneroso del contrato; la información suministrada por la afiliada de la caja de ahorros al asociarse al convenio (datos de identificación) no permitía obtener un conocimiento detallado sobre su salud o la de su familiar, constituyendo dicha información el único elemento para ser cubierta por el servicio funerario, de lo cual se evidencia el carácter de buena fe del contrato; las partes contratantes estaban sujetas durante la vigencia del convenio al cumplimiento de unas prestaciones, consistentes por parte de la asociada al pago mensual del monto de su derecho de asociación, y por parte de la empresa recurrente la asunción del riesgo durante un (1) año, lo que le da el carácter de ejecución sucesiva al convenio; al producirse el fallecimiento del afiliado o de su familiar (hecho casual) ocasiona que la empresa recurrente deba cumplir con su obligación de prestar el servicio fúnebre o realizar el pago estipulado, de lo que se evidencia el carácter aleatorio de la contratación.

Asimismo se observa que una de las partes contratantes (la accionante)

es una sociedad de comercio cuya actividad económica es la prestación de servicios funerarios, de lo cual se desprende el carácter mercantil del convenio con respecto a la recurrente; la existencia del convenio no dependía a su vez de otro negocio jurídico, por lo que se evidencia su carácter principal; la obligación de la recurrente consiste en asumir los costos por el servicio fúnebre o el reembolso de “hasta un máximo de CUATROCIENTOS MIL BOLÍVARES (Bs. 400.000,00)” por los gastos realizados por sus asociados cuando hubiesen utilizado los servicios de otra funeraria, de lo cual se observa su carácter indemnizatorio; de la redacción del convenio se desprende que la empresa recurrente estableció las condiciones de la contratación (ejemplo cuando señaló que “los asociados que se afilien deberán cumplir un plazo de espera de 60 días para solicitar el servicio” o al indicar que “El Asociado que solicite servicio por su cuenta en cualquier funeraria con la autorización previa de la Administración esta le reconocerá hasta un máximo de CUATROCIENTOS MIL BOLIVARES (Bs. 400.000,00) siempre y cuando el afiliado presente factura y copia del Acta de Defunción” (sic), o cuando señaló que “En caso de que CASEP se retrase más de dos mensualidades consecutivas la Administración podrá suspender la prestación de los servicios, independientemente que a los asociados le estén realizando sus descuentos, sin que ello cause penalidad alguna por parte de CASEP ni de ningún asociado a la Administradora”, quedando por parte de los afiliados de la caja de ahorro sólo su decisión de aceptar o no el servicio ofrecido en las condiciones estipuladas en el convenio; de estas estipulaciones se desprende el carácter de adhesión del contrato.

En el caso de autos se observa que los afiliados de la caja de ahorros con sólo asociarse al convenio y efectuar los pagos de su asociación, origina que al ocurrir la muerte de alguno de ellos o de sus familiares asociados, la empresa recurrente durante la vigencia de dicho convenio debe cumplir con la prestación del servicio funerario o el pago estipulado, con lo cual se transfiere a ésta la consecuencia perjudicial del evento casual (muerte).

En cuarto lugar se señaló que la actividad aseguradora se fundamenta en

la mutualidad, entendida ésta como el “conjunto de principios técnicos que tienen por objeto la repartición de pagos entre numerosos coobligados”, mediante la cual la empresa aseguradora, del grupo de personas que conforman la comunidad de riesgos, capta un fondo que le permite compensar la magnitud de los posibles siniestros que podrían afectar los intereses de los integrantes de dicha comunidad. Asimismo se destacó, especialmente en el caso de los seguros de daño patrimonial, que el pago efectuado (prima) por cada una de las personas que integran la referida comunidad, por sí mismo no resulta suficiente para cubrir el valor de lo que se quiere asegurar, pero que sumado al fondo creado sí permitirá atender el eventual siniestro.

De las normas antes transcritas se observa que para la constitución de las empresas de seguros y ejercer tal actividad se requiere la autorización del Ejecutivo Nacional, previo informe de la Superintendencia de Seguros. Asimismo se establece que el ejercicio de la actividad aseguradora sin haber obtenido la referida autorización será sancionado con prisión de (1) uno a tres (3) años, o multa entre un millón de bolívares (Bs. 1.000.000) y el equivalente en bolívares a doscientos cincuenta (250) salarios mínimo urbano.

En atención a las consideraciones expuestas esta Sala observa que la Administración en la oportunidad de analizar los hechos sí los encuadró en la norma jurídica aplicable, por cuanto estimó que el convenio celebrado por la empresa recurrente con los afiliados de la mencionada caja de ahorros era un “contrato de seguro” en virtud de que su gestión se ajustaba a la actividad aseguradora, específicamente de seguro funerario, en consecuencia dedujo la “posible violación a lo previsto en el artículo 2° de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, pues todas la empresas que pretendan ejercer actividades de seguros deben estar autorizadas por este organismo, hecho que pudiera ser sancionado según el artículo 185, ejusdem”, y remitió el presente caso al Ministerio Público por presumir la comisión de un hecho punible. De allí pues que este Máximo Tribunal considere improcedente el argumento relativo al vicio de falso supuesto de derecho denunciado. Así se declara.

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.00354.

FECHA: 11 de mayo de 2007.

PARTES: Pedro José Delfín Toro contra Distribuidora Centro Occidental, S.A. (DIPOSA), (Cervecería Polar, C.A.) y otra.

.....
**TEMA: CAMBIO DE PROPIETARIO DEL OBJETO
ASEGURADO**

Máxima: cuando el objeto asegurado hubiere cambiado de propietario, es imperativa la notificación a la empresa aseguradora dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario, para que los derechos y obligaciones derivados del contrato de seguro pasen al adquirente.

EXTRACTO:

El recurrente denuncia la infracción de los artículos 2, 67 y 68 de la vigente Ley del Contrato de Seguro, en concordancia con el 12 del Código de Procedimiento Civil, todos por falta de aplicación, ya que a su decir, al no haber hecho uso la empresa aseguradora de su derecho a resolver unilateralmente el contrato en los términos previstos en el artículo 67, los derechos y las obligaciones del contrato de seguro pasaron al adquirente, de igual forma sostiene que la recurrida infringe el artículo 2 ibidem por falta de aplicación, debido a que dicho artículo en forma general establece que “Las disposiciones contenidas en el presente Decreto Ley son de carácter imperativo, a no ser que en ellas se disponga expresamente otra cosa”.

Ahora bien, los artículos 67 y 68 del decreto Ley del Contrato de Seguro, referente al Cambio de propietario del objeto asegurado y a los Derechos del adquirente, respectivamente, establecen lo siguiente:

“Artículo 67. Si el objeto asegurado cambia de propietario los derechos y las obligaciones derivadas del contrato de seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes. Se exceptúa el supuesto de las pólizas nominativas para riesgos no obligatorios, si en las condiciones generales existe pacto en contrario.

Tanto el anterior propietario como el adquirente quedan solidariamente obligados con la empresa de seguros al pago de las primas vencidas hasta el momento de la transferencia de la propiedad.

El cambio de propietario deberá ser notificado por escrito a la empresa de seguros, en el plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha en que la transferencia haya operado. La empresa de seguros tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario, y su obligación cesará treinta (30) días después de la notificación por escrito al adquirente y del reembolso a éste de la parte de la prima correspondiente al plazo del seguro que falte por vencer.

Si la correspondiente póliza hubiese sido emitida a la orden o al portador, no podrá resolverse unilateralmente el contrato.

Las disposiciones de este artículo serán aplicables también en caso de muerte, cesación de pagos y quiebra del tomador.

Artículo 68. Si la empresa no hace uso de su derecho a resolver el contrato en los términos previstos en el artículo anterior, los derechos y las obligaciones del contrato de seguro pasarán al adquiren-

te, a menos que éste notifique a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días siguientes a la transmisión de la propiedad, su voluntad de no continuar el seguro” (Resaltado de la Sala).

Sobre el particular la recurrida en su parte pertinente sostuvo:

“En el caso bajo estudio, observa esta Alzada que la persona que interpone la demanda que contiene la pretensión de cumplimiento de contrato de seguros e indemnización de los daños y perjuicios ocasionados en razón de su incumplimiento, contra: Seguros La Seguridad, C. A. y Distribuidora Polar del Centro Occidental (DIPO-COSA) es el ciudadano: Pedro José Delfín Toro, titular de la cédula de identidad N° 9.268.522, como propietario del vehículo siniestrado en fecha 12 de octubre de 2002.

Revisado y analizado el material probatorio documental existente en autos, se verificó y quedó demostrado que ciertamente el ciudadano: Pedro José Delfín Toro, adquirió por compra que le hizo a la sociedad mercantil: Distribuidora Altamira, S.A., el vehículo siniestrado en fecha 12 de octubre de 2002 suficientemente identificado en el cuerpo del presente fallo, según se evidencia en documento autenticado por ante la Notaría Pública Segunda del estado Barinas, de fecha 12-05-2002, bajo el N° 69, Tomo 39 de los libros respectivos, aunado al hecho que quedó plenamente comprobado a través de original de Certificado de Registro de Vehículo número 4031807, expedido por el Ministerio de Transporte y Comunicaciones, que ciertamente el Sr. Pedro José Delfín es el propietario del vehículo que allí se describe.

De igual forma quedó probado que en esa misma fecha la empresa mercantil: Distribuidora Delfín Ángel, C.A. representada por su Presidente ciudadano: Pedro José Delfín Toro, celebró con la co-demandada en el presente juicio: Distribuidora Polar Centro Occidental. SA (DIPOCOSA), contrato de compra y reventa para la distribución de sus productos, quedando de igual forma demostrado la

celebración de contrato de arrendamiento de vehículos de avance suscrito entre las empresas: Distribuidora Polar Centro Occidental, S.A (DIPOCOSA) y Distribuidora Delfín Ángel, C.A.

Resultó también probado que al vehículo 84UAAA, el 30 de septiembre del 2002 le fue renovada por 4° vez la póliza de seguro signada con el N° 3009925010530, en cuya fecha de inicio fue el 29 de mayo de 1996, con vigencia desde el 30-09-2002 hasta el 30-09-2003. cuyo contratante es DIPOCOSA seguro colectivo N° 89003. y el asegurado es la empresa mercantil Distribuidora Altamira S.A.

Se evidencia además que el ciudadano: Pedro Delfín Toro, si bien es cierto es presidente de la empresa mercantil: Distribuidora Delfín Ángel, C.A., éste declaró a través de documento notariado de fecha 15 de agosto de 2002 folios 156 y 157- que no presta servicios personales ni directos ni indirectos a Distribuidora Polar Centro Occidental, SA (DIPOCOSA).

Una vez puntualizadas, las declaraciones precedentemente expuestas, cabe señalar que no se evidencia de las actas procesales que conforman el presente expediente que el ciudadano: Pedro José Delfín Toro, haya celebrado o suscrito contrato alguno con la parte demandada.

Así las cosas, se evidencia que el ciudadano: Pedro José Delfín Toro, parte accionante en el caso de autos, no tiene cualidad para actuar en el presente juicio, en atención a que no existe identidad lógica entre él (actor) y la persona abstracta a quien la ley concede la acción en tal virtud, no puede atribuirse la cualidad invocada, vale decir no existe contractual alguno entre el accionante y la parte demandada. En consecuencia, no habiendo demostrado la parte actora la cualidad alegada, la defensa propuesta de falta de cualidad e interés de la parte actora para intentar el juicio debe ser declarada con lugar, siendo innecesario pronunciarse sobre el alegato de que lo accesorio sigue a lo principal y los demás alegatos y probanzas existentes en autos. ASI SE DECIDE” . -

Como bien lo sostiene el formalizante en su denuncia y tal como lo establece el artículo 67 supra transcrito “La empresa de seguros tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario”.

Ahora bien, advierte la Sala que la propia norma delatada como infringida establece que, cuando el objeto asegurado hubiere cambiado de propietario, es imperativa la notificación a la empresa aseguradora dentro del plazo establecido, para que los derechos y obligaciones derivados del contrato de seguro pasen al adquirente.

En ese sentido, de la transcripción parcial que se hiciera de la recurrida se desprende que una vez analizado el material probatorio por la juez, ésta no evidenció que se hubiese cumplido con dicho requisito, por lo que considera la Sala, que dicho artículo delatado fue correctamente aplicado, pues al no constar en autos la notificación prevista en dicha norma, el adquirente del bien asegurado no heredó los derechos derivados del contrato, lo que trajo como consecuencia que la defensa perentoria de falta de cualidad invocada por la parte demandada prosperara.

Evidentemente que, al no haberse configurado, o por lo menos no haber quedado demostrado en autos el supuesto de hecho contenido en el artículo 67 del citado Decreto Ley, referido a la notificación de la empresa aseguradora, no resultaba aplicable para el ad quem lo previsto en el artículo 68 del mismo decreto. Así se decide.

Por otro lado, y con respecto a la falta de aplicación del artículo 2 del Decreto Ley del Contrato de Seguro, tenemos que el recurrente solamente fundamenta su delación señalando que “Palmariamente, la recurrida infringe el artículo 2 ibidem por falta de aplicación, debido a que dicho artículo en forma general establece que “Las disposiciones contenidas en el presente Decreto Ley son de carácter imperativo, a no ser que en ellas

se disponga expresamente otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el tomador, el asegurado o el beneficiario (adquirente)". Debido que la aplicación de la Ley in comento le es más beneficiosa al adquirente-recurrente, que la aplicación de las cláusulas de la póliza de seguros"

Con relación a dicha norma advierte la Sala que la misma en todo caso resultaría aplicable siempre y cuando le hubiese sido reconocida la cualidad de adquirente al demandante, lo cual como se evidencia, no ocurrió en el presente caso.

Por ultimo y en lo que respecta a la denuncia del artículo 12 del Código de Procedimiento Civil, la Sala observa que el formalizante señala como infringida esta disposición que contiene el principio dispositivo, sin hacer un análisis de cómo fue quebrantado y porque su infracción fue determinante en el dispositivo del fallo.

En consecuencia, la Sala desecha por improcedente la denuncia por falta de aplicación de los artículos 2, 67 y 68 de la vigente Ley del Contrato de Seguro, en concordancia con el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil. Así se decide.

.....
TEMA: PÓLIZA DE SEGURO

Máxima: la póliza es la prueba idónea para demostrar la existencia del contrato de seguro.

EXTRACTO:

De conformidad con el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil y el ordinal 3° del artículo 317 eiusdem, en concordancia con el artículo 320 del mismo Código, denuncia el formalizante la infracción en la recurrida del artículo 14 de la Ley del Contrato de Seguro, por falta de aplicación.

Fundamenta su denuncia de la siguiente manera:

“En consecuencia, Señores Magistrados de la Sala de Casación Civil, el recurrente- adquirente de buena fe del bien asegurado por imperativo de la Ley tiene a su disposición y goza de todos los medios de prueba idóneos para establecer con hechos y demostrar que cumplió con las obligaciones inherentes al pago de la prima descontada por la Empresa Polar C.A. (folios 38 al 43). Aparece como destinatario Dist. Delfín Ángel C.A, la cual no aparece como asegurada para MAPFRE -Seguros La Seguridad- siendo el bien asegurado el vehículo siniestrado), que participó y notificó al seguro en tiempo oportuno y útil la ocurrencia del siniestro (fecha 15/ Octubre/2.002) (folio 74. Y, aparece como datos del asegurado Distr. Altamira S.A. siendo los datos del vehículo asegurado Placa 84U-AAA, que es el vehículo siniestrado); tiene derecho a que se le indemnice el pago de los daños ocurridos en el vehículo siniestrado de su propiedad; siendo su desiderátum que se cumpla con las indemnizaciones del siniestro ocurrido y los daños y perjuicios ocasionados (...)

(Omissis)

(...) El hecho de que el recurrente no suscribiera documento alguno en materia especial de seguro, no es razón lógico-jurídica suficiente y determinante para enervar la acción a través de la excepción perentoria contenida en el artículo 361 del vigente Código de Procedimiento Civil; porque se infiere del texto de la precitada Ley que el adquirente de buena fe goza de todos los medios probatorios para demostrar la cualidad invocada (identidad lógica que expresa una idea de pura relación entre el efectivo titular de la acción y la persona que concretamente la ejercita) (legitimatio ad causam) y de que el contrato de seguro suscrito entre las co-demandadas lo que cobija en su existencia, de acuerdo a su naturaleza, y cuyo contrato actualmente impera el simple consentimiento (expreso o tácito); verbigratia en caso de extravió del cuadro de póliza, basta

con probar que se paga y cancela la prima, presunción ésta que opera en favor del beneficiario. Y, la aplicación del artículo 549 del Código de Comercio, contraviene indiscutiblemente lo establecido por el artículo 14 eiusdem, siendo derogado en forma expresa por el artículo 128 ibidem (...)

(...) Atendiendo a las exigencias establecidas en el ordinal 4° del artículo 317 del vigente Código de Procedimiento Civil, el Tribunal de última instancia debió aplicar rectamente el artículo 14 de la vigente Ley del Contrato de Seguro, por el carácter imperativo de las normas que contiene dicha Ley especial, por el carácter consensual de dicho contrato y de que los adquirentes de buena fe pueden acudir a todos los medios de prueba idóneos de acuerdo a la naturaleza de dicho contrato de seguro; siendo estas infracciones determinantes de lo dispuesto en el fallo recurrido”

La norma delatada reza:

“El contrato de seguro y sus modificaciones se perfeccionan con el simple consentimiento de las partes.

La empresa de seguros está obligada a entregar al tomador, en el momento de la celebración del contrato, la póliza, o al menos, el documento de cobertura provisional, el cuadro recibo o recibo de prima. En las modalidades de seguro en que por disposiciones especiales emitidas por la Superintendencia de Seguros no se exija la emisión de la póliza, la empresa de seguros estará obligada a entregar el documento que en estas disposiciones se establezca.

La empresa de seguros debe suministrar la póliza al tomador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de la cobertura provisional. La empresa de seguros debe entregar, asimismo, a solicitud y a costa del interesado, duplicados o copias de la póliza. La empresa de seguros deberá dejar constancia de que ha cumplido con esta obligación.

Será prueba del contrato de seguro a falta de entrega de la póliza por parte de la empresa de seguros el recibo de prima, cuadro recibo o cuadro de póliza.

Los terceros interesados en demostrar la existencia de un contrato de seguro, pueden acudir a todos los medios de prueba idóneos previstos en la ley, de acuerdo con la naturaleza del contrato” (Resaltado de la Sala).

La norma delatada reza:

“El contrato de seguro y sus modificaciones se perfeccionan con el simple consentimiento de las partes.

La empresa de seguros está obligada a entregar al tomador, en el momento de la celebración del contrato, la póliza, o al menos, el documento de cobertura provisional, el cuadro recibo o recibo de prima. En las modalidades de seguro en que por disposiciones especiales emitidas por la Superintendencia de Seguros no se exija la emisión de la póliza, la empresa de seguros estará obligada a entregar el documento que en estas disposiciones se establezca.

La empresa de seguros debe suministrar la póliza al tomador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de la cobertura provisional. La empresa de seguros debe entregar, asimismo, a solicitud y a costa del interesado, duplicados o copias de la póliza. La empresa de seguros deberá dejar constancia de que ha cumplido con esta obligación.

Será prueba del contrato de seguro a falta de entrega de la póliza por parte de la empresa de seguros el recibo de prima, cuadro recibo o cuadro de póliza.

Los terceros interesados en demostrar la existencia de un contrato de seguro, pueden acudir a todos los medios de prueba idóneos previstos en la ley, de acuerdo con la naturaleza del contrato” (Resaltado de la Sala).

Antes de entrar al análisis de la presente denuncia es menester para la sala hacer las siguientes reflexiones:

El formalizante en su denuncia sostiene que la norma delatada es un imperativo legal que regula el establecimiento de los hechos en materia especial de seguro, en ese sentido tenemos que existen hechos que se establecen analizando las pruebas y hechos que la ley considera probados, al menos provisionalmente sin necesidad de pruebas.

Por otro lado, y de forma exigua sostiene que su infracción fue determinante en el dispositivo del fallo sin explicar cómo y porque lo fue, siendo este un requisito propio de las denuncias por infracción de ley, empero esta Sala extremando su función controladora de la legalidad de los fallos sometidos a su jurisdicción como tribunal de derecho que es, observa:

La recurrida en su parte pertinente en cuanto al análisis de las pruebas aportadas a los autos sostuvo:

“En el caso bajo estudio, observa esta Alzada que la persona que interpone la demanda que contiene la pretensión de cumplimiento de contrato de seguros e indemnización de los daños y perjuicios ocasionados en razón de su incumplimiento, contra: Seguros La Seguridad, C. A. y Distribuidora Polar del Centro Occidental (DIPO-COSA) es el ciudadano: Pedro José Delfín Toro, titular de la cédula de identidad N° 9.268.522, como propietario del vehículo siniestrado en fecha 12 de octubre de 2002.

Revisado y analizado el material probatorio documental existente en autos, se verificó y quedó demostrado que ciertamente el ciudadano: Pedro José Delfín Toro, adquirió por compra que le hizo a la sociedad mercantil: Distribuidora Altamira, S.A., el vehículo siniestrado en fecha 12 de octubre de 2002 suficientemente identificado en el cuerpo del presente fallo, según se evidencia en documento autenticado por ante la Notaría Pública Segunda del estado Bari-

nas, de fecha 12-05-2002, bajo el N° 69, Tomo 39 de los libros respectivos, aunado al hecho que quedó plenamente comprobado a través de original de Certificado de Registro de Vehículo número 4031807, expedido por el Ministerio de Transporte y Comunicaciones, que ciertamente el Sr. Pedro José Delfín es el propietario del vehículo que allí se describe.

De igual forma quedó probado que en esa misma fecha la empresa mercantil: Distribuidora Delfín Ángel, C.A. representada por su presidente ciudadano: Pedro José Delfín Toro, celebró con la co-demandada en el presente juicio: Distribuidora Polar entro Occidental. SA (DIPOCOSA), contrato de compra y reventa para la distribución de sus productos, quedando de igual forma demostrado la celebración de contrato de arrendamiento de vehículos de avance suscrito entre las empresas: Distribuidora Polar Centro Occidental, SA (DIPOCOSA) y Distribuidora Delfín Ángel, CA.

Resultó también probado que al vehículo 84UAAA, el 30 de septiembre del 2002 le fue renovada por 4° vez la póliza de seguro signada con el N° 3009925010530, cuya fecha de inicio fue el 29 de mayo de 1996, con vigencia desde el 30-09-2002 hasta el 30-09-2003. cuyo contratante es DIPOCOSA seguro colectivo N° 89003. y el asegurado es la empresa mercantil Distribuidora Altamira SA.

Se evidencia además que el ciudadano: Pedro Delfín Toro, si bien es cierto es Presidente de la empresa mercantil: Distribuidora Delfín Ángel, CA., éste declaró a través de documento notariado de fecha 15 de agosto de 2002 folios 156 y 157- que no presta servicios personales ni directos ni indirectos a Distribuidora Polar Centro Occidental, SA (DIPOCOSA)".- (Resaltado de la Sala)

La norma en comento sostiene en su parte in fine lo siguiente:

“...Será prueba del contrato de seguro a falta de entrega de la póliza por parte de la empresa de seguros el recibo de prima, cuadro recibo o cuadro de póliza.

Los terceros interesados en demostrar la existencia de un contrato de seguro, pueden acudir a todos los medios de prueba idóneos previstos en la ley, de acuerdo con la naturaleza del contrato”. (Negrilla de la Sala).

De la anterior transcripción que se hiciera de la recurrida se evidencia que la misma valoró la póliza de seguro signada con el N° 3009925010530, cuya fecha de inicio fue el 29 de mayo de 1996, con vigencia desde el 30-09-2002 hasta el 30-09-2003, y su contratante es DIPOCOSA seguro colectivo N° 89003 y el asegurado es la empresa mercantil Distribuidora Altamira SA., demostrándose con ello que dicho fallo dio aplicación al contenido del artículo 14 delatado como infringido.

Por lo que queda demostrado por esta Sala, que al ser valorada dicha póliza de seguro como en efecto lo fue, no era necesario que el Juez Superior analizara otro medio de prueba que no fuera la póliza misma; siendo esta la prueba idónea para demostrar la existencia del contrato de seguro.

Con base en los razonamientos expuestos, la sala desecha por improcedente la denuncia por falta de aplicación del artículo 14 de la vigente Ley de Contrato de Seguro. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01194.

FECHA: 04 de julio de 2007.

PARTES: Seguros La Previsora contra el hoy Ministerio del Poder Popular para las Finanzas.

.....
TEMA: ELUSIÓN Y RETARDO

Máxima: entregada en fecha oportuna la declaración del siniestro con los recaudos que indica la póliza, la compañía aseguradora debe pronunciarse sobre la procedencia o no del pago del siniestro en el lapso de treinta (30) días hábiles, so pena de incurrir en retardo. Ahora bien, en el caso de que la compañía aseguradora considerara necesario solicitar una información adicional a la exigida al asegurado expresamente por las condiciones generales de la póliza para la evaluación de la reclamación, resulta lógico que el requerimiento fuera realizado lo más pronto posible, sin esperar el vencimiento del lapso antes señalado para hacer dicha petición, toda vez que en ese tiempo debía analizar el reclamo formulado para emitir una respuesta al respecto.

EXTRACTO:

Advertido lo anterior, pasa esta Sala a pronunciarse sobre el recurso de nulidad interpuesto, en los siguientes términos:

Derivan que tanto la Superintendencia de Seguros como el Ministro de Finanzas vulneraron el principio de reserva legal, incurriendo en extralimitación de funciones “al crear (...) el hecho punible invadiendo la esfera de competencia de la Asamblea Nacional”. Igualmente aducen que con ello se vulneró el referido principio y el derecho a la defensa de la empresa aseguradora.

Señalado lo anterior, considera la Sala conveniente determinar cuáles son las conductas que configuran ilícitos administrativos a tenor de lo previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994, publicada en la Gaceta Oficial N° 4.882 Extraordinario, de fecha 23 de diciembre de 1994, cuya modificación fue publicada en la Gaceta Oficial N° 4.865 Extraordinario, de fecha 8 de marzo de 1995, vigente para el momento en que se verificaron las conductas sancionadas. Dicho precepto establece:

“Artículo 175: Las empresas de seguros que sin causa justificada, a juicio del Superintendente de Seguros, eludan o retarden el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios, serán sancionadas de acuerdo con la gravedad de la falta, con multa comprendida entre cien mil bolívares (Bs. 100.000) y el equivalente en bolívares a quinientos (500) salarios mínimos urbanos; sin perjuicio de que le sea suspendida temporalmente la licencia o revocada la autorización para actuar en el ramo donde ocurra la demora.

Parágrafo Primero. - La Superintendencia de Seguros orientará a las personas naturales que sean contratantes, aseguradas, o beneficiarias de los seguros en la presentación de sus reclamos a las empresas de seguros.

Parágrafo Segundo. Las empresas de seguros dispondrán de un plazo máximo de treinta (30) días hábiles para pagar los siniestros cubiertos, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos en la póliza para liquidar el siniestro. La Superintendencia de Seguros podrá autorizar, mediante Resolución motivada y por vía de excepción, pactos en contrario al plazo indicado, en los casos de pólizas que por sus particulares características a su juicio así lo requieran.

Parágrafo Tercero. - Los ajustadores de pérdidas serán sancionados conforme a las previsiones de la presente Ley en caso de demora injustificada, a juicio del Superintendente de Seguros, en la entrega de sus informes de ajustes. La Superintendencia de Seguros regulará todo lo concerniente a los lapsos en que deberán ser entregados dichos informes.

Parágrafo Cuarto. - Las empresas de seguros no podrán rechazar los siniestros con argumentos genéricos estando obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado, a sus contratantes, asegu-

rados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto”.

Del contenido de la norma antes transcrita se observa que prevé en su encabezado dos tipos sancionatorios, a saber, la elusión y el retardo en los que, sin justa causa, incurran las aseguradoras en el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios. Asimismo, en el parágrafo segundo determina cuál es el plazo que tienen las aseguradoras para pagar los siniestros cubiertos o, en su defecto, notificar la negativa respectiva; mientras que en su parágrafo cuarto establece la obligación de notificar por escrito las negativas de pago y la prohibición para las empresas de seguros de rechazar los siniestros con argumentos genéricos.

Puede colegirse de tal forma que el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994, prevé tres ilícitos, configurados por:

- a) La elusión de las obligaciones a cargo de la aseguradora frente a los contratantes, asegurados o beneficiarios;
- b) El retardo en el cumplimiento de las referidas obligaciones; y
- c) El rechazo de los siniestros reclamados mediante argumentos genéricos.

Respecto al retardo esta Sala ha señalado mediante jurisprudencia reiterada que éste se configura cuando la respuesta o el pago se ha realizado fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro. (Vid. Sentencia de esta Sala N° 01441 del 6 de junio de 2006).

Siendo ello así, mal puede la accionante señalar que la Administración la sancionó por un supuesto de hecho no previsto como infracción en el

artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, toda vez que entregada en fecha oportuna la declaración del siniestro con los recaudos que indica la póliza, la compañía aseguradora debe pronunciarse sobre la procedencia o no del pago del siniestro en el lapso de treinta (30) días hábiles, so pena de incurrir en retardo. Ahora bien, en el caso de que la compañía aseguradora considerara necesario solicitar una información adicional a la exigida al asegurado expresamente por las condiciones generales de la póliza para la evaluación de la reclamación, resulta lógico que el requerimiento fuera realizado lo más pronto posible, sin esperar el vencimiento del lapso antes señalado para hacer dicha petición, toda vez que en ese tiempo debía analizar el reclamo formulado para emitir una respuesta al respecto.

Expuesto lo anterior, considera esta Sala que la Administración no vulneró el principio de reserva legal, pues una vez que la ciudadana Rosa E. Salguero de León presentó la declaración del siniestro con los documentos indicados en la póliza, la empresa aseguradora contaba con treinta (30) días hábiles para: a) solicitar la información adicional que considerara imprescindible a los fines de pronunciarse sobre la procedencia o no del siniestro y, b) dar una respuesta positiva o negativa con respecto a la reclamación formulada.

Así, en caso de que la empresa aseguradora no cumpliera con dichos parámetros, la Administración tenía la facultad de sancionarla por retardo de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo cuarto del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros. Así se declara.

.....

**TEMA: SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA. COMPETENCIAS AL MOMENTO
DE INTERPRETAR LA LEY**

Máxima: la Administración no creó una obligación a cargo de la empresa de seguros, sino que efectuó una

interpretación del párrafo segundo del artículo 175 de la otrora Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en el cual se establece el plazo del que disponen las empresas de seguros para responder sobre las solicitudes de indemnización de los siniestros formuladas.

EXTRACTO:

Denuncia por otra parte la recurrente que en el presente caso se configuró el vicio de extralimitación de funciones por parte de la Administración, toda vez que ésta sanciona a la empresa aseguradora sustentándose en la falta de cumplimiento de una obligación no prevista en la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros ni en el Contrato de Seguros, con lo que, según arguye, el órgano administrativo invade la esfera de competencia de la Asamblea Nacional.

Al respecto, resulta pertinente destacar que de ser cierto su alegato, lo que se configuraría es un vicio de usurpación de funciones, toda vez que lo que se objeta por la recurrente es la supuesta creación por parte de la Administración de un ilícito no previsto en la Ley a través del acto impugnado.

En este sentido, se observa que los referidos vicios han sido definidos por esta Sala en reiterados fallos (Vid. Sentencia N° 02128, de fecha 21 de abril de 2005, caso Godofredo Orsini González y sentencia N° 949 del 20 de abril de 2006, caso C.N.A. de Seguros La Previsora), en los siguientes términos:

“La usurpación de funciones constituye un vicio que tiene lugar cuando una autoridad legítima dicta un acto invadiendo la esfera de competencias de un órgano perteneciente a otra rama del Poder Público, violentando de ese modo las disposiciones contenidas en los artículos 136 y 137 de la Constitución de la República que consagran, por una parte, el principio de separación de los

poderes, en razón del cual cada rama del Poder Público tiene sus funciones propias, y se establece, por otra, que sólo la Constitución y la Ley definen las atribuciones del Poder Público y a tales normas debe sujetarse su ejercicio. De manera que al invadirse la esfera de atribuciones que es propia de otro órgano del Poder Público, se estaría incurriendo en una incompetencia manifiesta, lo cual se traduciría necesariamente en la nulidad absoluta del acto impugnado. Asimismo, se habla de extralimitación de atribuciones cuando una autoridad investida legalmente de funciones públicas, dicta un acto que constituye un exceso de las atribuciones que le han sido conferidas”. (Resaltado del texto).

Expuesto lo anterior, se reitera que la Administración mediante el acto impugnado no creó una obligación a cargo de C.N.A. de Seguros La Previsora, sino que efectuó una interpretación del parágrafo segundo del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en el cual se establece el plazo del que disponen las empresas de seguros para responder sobre las solicitudes de indemnización de los siniestros formuladas.

Por lo antes señalado, considera esta Sala que la actuación por parte del órgano administrativo no comportó el vicio invocado por el recurrente. Así se declara.

Por otra parte, alegó la representación de la accionante que el acto impugnado es inmotivado, por cuanto el entonces Ministro de Finanzas nada dijo sobre el particular, sino que concluyó, “sin mayor motivación”, que el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros era aplicable porque la recurrente “no canceló la obligación, y esa decisión fue notificada después del lapso previsto en la norma acotada tal como le fue señalado por la Superintendencia (...)”.

Igualmente aducen que el referido funcionario no indicó por qué consideró que su representada incumplió su obligación de notificar dentro del plazo legal, ni cuál era a su parecer la fecha de inicio de tal plazo,

obviando que el informe requerido era imprescindible para tramitar el siniestro y que era su consignación la que daba inicio al lapso legal para dar respuesta.

Previamente cabe precisar que esta Sala ha sido constante en afirmar la contradicción que supone la denuncia simultánea de los vicios de inmotivación y falso supuesto, por ser ambos conceptos excluyentes entre sí, visto que el primero de ellos supone la falta de expresión de los fundamentos de hecho y de derecho que dieron lugar al acto, y el segundo alude a la inexistencia de los hechos, a la apreciación errada de las circunstancias presentes, o bien a la fundamentación en una norma que no resulta aplicable al caso concreto. No obstante, cuando lo denunciado es una motivación contradictoria o ininteligible, es posible que el acto impugnado incurra a la vez en un error en la valoración de los hechos o el derecho expresados en ella, tal como se indicó en sentencia de esta Sala N° 1.930 de fecha 27 de julio de 2006. (Caso: Asociación de Profesores de la Universidad Simón Bolívar).

Con base en el anterior criterio y en los términos de la denuncia formulada, esta Sala desestima la alegada inmotivación. Sin perjuicio de ello, se observa que del contenido de la Resolución impugnada se desprenden las razones de hecho y de derecho en los cuales el entonces Ministro de Finanzas se fundamentó para sancionar a la sociedad mercantil C.N.A. de Seguros La Previsora, tal y como se colige de la narrativa del presente fallo. Por lo antes expuesto, resulta forzoso para esta Sala desechar el vicio de inmotivación denunciado. Así se declara.

Ahora bien, en lo que respecta al vicio de falso supuesto alegado, observa esta Sala que en criterio sostenido de manera uniforme y reiterada, el prenombrado vicio se configura de dos maneras, a saber: a) Falso supuesto de hecho: cuando la Administración al dictar un acto fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el o los asuntos objeto de decisión; y b) Falso supuesto de derecho: cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo

acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar el acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo, lo cual incide en la esfera de los derechos subjetivos de los administrados. (Vid. Entre otras, sentencia de esta Sala N° 44, del 3 de febrero de 2004; caso Diómedes Potentini Millán).

.....
TEMA: RETARDO (LAPSO PARA COMPUTARLO)

Máxima: el retardo se configura cuando la respuesta o el pago es realizado por la empresa aseguradora fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro.

EXTRACTO:

Precisado lo anterior, pasa esta Sala a analizar la procedencia del vicio de falso supuesto de hecho alegado por la representación de la parte actora, sustentado en que la Administración erradamente concluyó que la empresa aseguradora incurrió en retardo por cuanto comenzó a contar el lapso de treinta (30) días hábiles previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, “a partir de la (sic) una fecha anterior a la fecha en el que el asegurado remitiera el informe médico requerido a (sic) la empresa aseguradora” en el cual se indicara el tiempo y evolución de la patología, el cual a su decir era absolutamente necesario para liquidar el siniestro, toda vez que “lo que se estaba tratando de dilucidar era la pre-existencia o no de la enfermedad”.

Señalado lo anterior, debemos hacer referencia nuevamente al retardo ilícito contemplado en el parágrafo segundo el artículo 175 de la Ley de Empresa de Seguros y Reaseguros, el cual como se indicó previamente

se configura cuando la respuesta o el pago es realizado por la empresa aseguradora fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro. (Vid. Sentencia de esta Salas N° 01441 del 6 de junio de 2006).

Por su parte, la Cláusula 16 de las Condiciones Generales de la Póliza de Seguros suscrita por la ciudadana Rosa Esperanza Salguero de León y la referida empresa de seguros, indica que: “Dentro de los treinta (30) días siguientes a la conclusión de los servicios médicos hospitalarios recibidos, El Titular o su representante legal en representación propia o actuando en representación de alguno de sus familiares asegurados deberá presentar a la Compañía a través de los formularios suministrados para tal fin, con todos los datos en ellos especificados el siniestro, debiendo anexar las facturas originales debidamente canceladas al centro hospitalario y la de los médicos que prestaron los servicios, además deberá consignar los resultados de cualquier estudio especial realizado y si se tratare de un accidente, deberá entregar a La Compañía una declaración por escrito sobre todas las circunstancias en las que se produjo el accidente así como cualquier tipo de documento que la Compañía considere necesario solicitar para una mejor evaluación del siniestro.(...)”. (Resaltado de esta Sala)

De lo antes expuesto, se desprende lo siguiente:

- a) La asegurada presentó la declaración del siniestro a fin de que le fueran reembolsados los gastos dentro de los treinta (30) días señalados en la primera parte de la cláusula 16 de las Condiciones Generales de la Póliza.
- b) Con la declaración del siniestro presentó los documentos señalados en la referida Cláusula, estos son, los informes médicos y facturas. Asimismo, de la lectura de la mencionada cláusula se observa que no hace referencia a la consignación de un informe médico en el cual se haga referencia a la evolución de la patología.

c) Del expediente no se demuestra que la comunicación de fecha 27 de marzo de 2001, mediante la cual la empresa de seguros requería del asegurado el informe médico original, haya sido notificada a esta última o al productor de seguros. Tampoco se desprende del expediente que la asegurada hubiese consignado un informe médico distinto a los anexados con la solicitud de la carta aval o con la solicitud de reembolso del siniestro.

d) Posteriormente a la emisión de dicha comunicación, específicamente el 28 de marzo de 2001, la médico de la empresa de seguros realizó un informe verificador con respecto al siniestro, y el 4 de mayo de 2001 la empresa de seguros rechazó la cobertura del siniestro.

Ahora bien de las actuaciones antes mencionadas en correspondencia con lo expuesto sobre la interpretación del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y la Cláusula 16 de las Condiciones Generales de la Póliza, observa la Sala que mal puede señalar la parte actora que erró la Administración al computar el lapso de treinta (30) hábiles previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresa de Seguros y Reaseguros “a partir de la (sic) una fecha anterior a la fecha en el que asegurado remitiera el informe médico requerido a (sic) la empresa asegurada”, toda vez que desde el 1° de febrero de 2001, oportunidad en la cual la ciudadana Rosa Esperanza Salguero de León presentó la declaración del siniestro acompañada con facturas e informes médicos, hasta el 27 de marzo de ese mismo año, fecha en la cual fue suscrita la comunicación por un representante de la compañía aseguradora solicitando el informe médico original, ya habían transcurrido los treinta (30) días hábiles antes mencionados y, por ende, más aún para el 4 de abril del mismo año, fecha en la cual la precitada compañía dio respuesta a dicha solicitud.

Por lo antes expuesto debe concluirse que el cómputo realizado por la Administración a los fines de determinar la configuración del retardo estuvo acorde a derecho, motivo por el cual se desecha el vicio de falso supuesto alegado. Así se declara.

.....
TEMA: RECHAZO GENÉRICO

Máxima: el rechazo genérico se configura cuando la empresa de seguros emite una respuesta negativa conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate.

EXTRACTO:

Por otra parte, denuncia la representación de C.N.A. de Seguros La Previsora, que la Administración partió de un falso supuesto al concluir en el acto impugnado que hubo un rechazo genérico por parte de su representada, por no señalar los motivos de hecho y de derecho de la negativa. Al respecto aducen que tal exigencia no está establecida en el parágrafo cuarto del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y que, en todo caso, la negativa estuvo fundamentada.

Con relación al rechazo genérico, se observa que dicho ilícito fue contemplado en el parágrafo cuarto del precitado artículo 175, en los términos siguientes:

“Las empresas de seguros no podrán rechazar los siniestros con argumentos genéricos estando obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado, a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto”. (Resaltado de la Sala)

Así, el referido ilícito se configura cuando la empresa de seguros emite una respuesta negativa conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate.

En tal sentido, considera la Sala que el parágrafo cuarto del artículo 175

exige que al negarse la solicitud de pago de un siniestro se indiquen los motivos para considerar un siniestro como no cubierto, los cuales, tal y como señala la mencionada norma, no pueden ser genéricos, lo que conlleva por ende a que se indiquen las causas de hecho y de derecho que a juicio de la empresa de seguros originan el rechazo de la indemnización solicitada.

Expuesto lo anterior, considera esta Sala pertinente transcribir la comunicación de fecha 4 de abril de 2001, mediante la cual la sociedad mercantil C.N.A. de Seguros La Previsora rechazó la cobertura del siniestro solicitada por la ciudadana Rosa E. Salguero de León, la cual es del siguiente tenor:

“(...) Por medio de la presente se le(s) notifica que después de haber analizado el reclamo en referencia se decide mantener posición de rechazo. Nuestra decisión se fundamenta en lo siguiente:

ARTÍCULO 6- PLAZOS DE ESPERA

6.1.3. En los casos de Enfermedades preexistentes o Congénitas, de acuerdo con las definiciones contenidas en las Condiciones Generales, un plazo de dos (2) años, siempre que hayan sido contraídas o diagnosticadas durante la vigencia de la póliza

Sin más que hacer referencia y quedando a su grata a sus órdenes para cualquier aclaratoria

(...)”.

De la comunicación antes señalada se demuestra que la sociedad mercantil C.N.A. de Seguros La Previsora sustentó la negativa del reembolso solicitado por la ciudadana Rosa E. Salguero de León, únicamente en el contenido de la Cláusula 6.1.3 de las Condiciones Generales de la Póliza la cual alude al plazo de espera a la que están sometidas las enfermedades preexistentes o congénitas “contraídas o diagnosticadas durante la vigencia de la póliza”, para que puedan ser cubiertas, siendo que la empresa aseguradora ha debido expresar suficientemente las razones que tenía para aplicar los plazos de espera al padecimiento presentado por la precitada ciudadana, especificando qué clase de enfermedad era la “Catarata

Cortinuclear Densa OD”, esto es, si se trataba de enfermedad preexistente o congénita, exponiendo además las circunstancias que le permitían determinar el carácter del padecimiento que presentaba y que la hacía someterse al plazo de espera.

Por lo tanto, aludir únicamente al contenido de la Cláusula 6.1.3 antes señalada, resulta un argumento escueto e insuficiente que no permitía al asegurado conocer a cabalidad las razones por las cuales le fue negado el reembolso del siniestro, lo que hace subsumir la conducta de la empresa aseguradora en el parágrafo cuarto del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, que contempla el rechazo genérico, tal y como fue determinado por la Administración en el acto recurrido.

Por lo antes expuesto, considera esta Sala improcedente el vicio de falso supuesto alegado por la representación de la parte actora sustentado en la errónea aplicación del parágrafo cuarto del precitado artículo 175 al caso de autos. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RN y C.00566.

FECHA: 20 de julio de 2007.

PARTES: Eulalio Narváez Cassis contra Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros.

.....

TEMA: CADUCIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: sobre la convención del lapso de caducidad, ha dicho esta Sala, que limita el acceso a la justicia y es por ello que toda interpretación sobre la materia tiene que ser restrictiva y su establecimiento no debe correr por cuenta del convenio contractual. Si bien en los casos del

contrato de seguro, el lapso de caducidad lo establece la ley, en el particular la cláusula proviene de un contrato privado suscrito entre la aseguradora y el tomador del seguro y prevé un lapso de seis meses para el ejercicio del derecho de reclamar judicialmente, lo que contradice el establecido en el artículo 55 del Decreto con rango y fuerza de Ley del contrato de seguro, que es de doce (12) meses y ante esta situación se impone tomar en cuenta y aplicar obligada y necesariamente el lapso de doce meses por provenir de una norma con rango legal. La caducidad, entonces, cuando va referida a la pérdida de la posibilidad de ejercer la acción, debe estar establecida en una norma legal y no es posible aceptar que los contratantes fijen un lapso fatal de la especie mediante un convenio.

EXTRACTO:

En el caso in comento, se propuso recurso de nulidad contra la sentencia de reenvío proferida por el Juzgado Superior Tercero en lo Civil, Mercantil, del Tránsito, Bancario y de Protección del Niño y del Adolescente de la Circunscripción Judicial del estado Táchira, en fecha 9 de febrero de 2007, por considerar el recurrente que el citado fallo ha desacatado lo decidido por este Alto Tribunal en el presente juicio, mediante sentencia de fecha 25 de octubre de 2006.

En tal sentido, es preciso transcribir a continuación lo que puntualizó esta Sala en la sentencia ut supra señalada, de fecha 25 de octubre de 2006, cuando conociendo de una denuncia por infracción de ley, expresó:

“En este orden de ideas, estima la Sala pertinente destacar, como así lo expresa la recurrida, que la mencionada póliza comenzó a regir en fecha 4 de mayo de 1995, siendo renovada, sucesivamente, por períodos de un año hasta el 4 de mayo de 2002 y que a lo largo de

las prórrogas se fueron modificando en ella algunas particularidades, tales como el monto de la cobertura.

Ahora bien, el Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguro, establece en sus artículos 1, 2, 4 ordinal 5° y 9; lo siguiente:

“Artículo 1°. El presente Decreto Ley tiene por objeto regular el contrato de seguro en sus distintas modalidades; en ese sentido se aplicará en forma supletoria a los seguros regidos por leyes especiales.

Artículo 2°. Las disposiciones contenidas en el presente Decreto Ley son de carácter imperativo, a no ser que en ellas se disponga expresamente otra cosa. No obstante, se entenderán válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el tomador, el asegurado o el beneficiario Artículo 4°. Cuando sea necesario interpretar el contrato de seguro se utilizarán los principios siguientes: 5°. Las cláusulas que imponen la caducidad de derechos del tomador, del asegurado o del beneficiario, deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva beneficie al tomador, al asegurado o al beneficiario”.

Artículo 9. Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los asegurados o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactarán en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones” (Resaltado de la Sala).

Las normas transcritas están referidas a la regulación del contrato de seguros, que es justamente la materia sobre la cual se resuelve y establecen como principio fundamental del mismo el principio de la buena fe; igualmente prevé que las normas contenidas en dicho instrumento legal son de carácter imperativo, vale decir, que dado lo sensible de la materia regulada por él, sus disposiciones son de obligatoria aplicación y sólo podrán ignorarse cuando el citado texto legal así lo autorice.

De igual manera preceptúa el mencionado Decreto, que las convenciones celebradas entre las partes se aplicarán, cuando ellas sean más beneficiosas para “el tomador, el asegurado o el beneficiario” y que en el contrato de seguros no podrán estar contenidas cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los asegurados o los beneficiarios.

Por otra parte, el artículo 55 del referido decreto cuyo texto se transcribe, establece el lapso fatal de caducidad:

“Artículo 55. Si dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de rechazo de cualquier reclamación, el tomador, el asegurado o el beneficiario del seguro no hubiere demandado judicialmente a la empresa de seguros, acordado con ésta someterse a un arbitraje o solicitado el sometimiento ante la autoridad competente, caducarán todos los derechos derivados de la póliza con respecto al reclamo formulado que haya sido rechazado...”.

En el caso que se resuelve, se observa que el ad quem aplicó, para declarar la caducidad lo previsto en la cláusula 24 de la póliza original contratada por el asegurado, que establece el plazo de seis meses para que opere la caducidad sobre los derechos derivados de la póliza, en caso de que el contratante no ejerza sus acciones dentro del señalado lapso.

Ahora bien, la norma contenida en el Decreto con fuerza de Ley del contrato de seguro, tal como se asentó supra, indica que su aplicación es de carácter imperativo; con base a ese mandato mal puede entenderse y aceptarse que la disposición contractual pueda tener supremacía sobre la legal, ya que la orden emanada del Decreto Ley en comentario es la de aplicar aquellas cuando beneficien al asegurado, tomador o beneficiario y en el caso que se resuelve, la cláusula contractual lo perjudica.

Por otra parte, y *mutatis mutandi*, podría analógicamente aplicarse el criterio sostenido por esta Máxima Jurisdicción luego de la entrada en vigencia

de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, relativo a que en aras del derecho a la defensa del justiciable y de su acceso a la justicia, cualquier plazo que lo beneficie para el ejercicio de un derecho, debe aplicarse con preeminencia sobre el otorgado para el caso concreto, cuando este resulta más corto.

La norma legal transcrita otorga un lapso de tiempo mayor al previsto en la cláusula contractual lo que constituye un beneficio, y coadyuva a la protección de los derechos del asegurado, tal norma tiene carácter imperativo y al representar una garantía para el asegurado, debió el juez superior del conocimiento, aplicar, con preeminencia, la disposición legal contenida en el tantas veces mencionado Decreto Ley y no la cláusula contractual.

Aunado a lo anterior, sobre la convención del lapso de caducidad, ha dicho esta Sala, que limita el acceso a la justicia y es por ello que toda interpretación sobre la materia tiene que ser restrictiva y su establecimiento no debe correr por cuenta del convenio contractual. Si bien en los casos del contrato de seguro, el lapso de caducidad lo establece la ley, en el particular el Juzgado recurrido tomó como cierto y vigente el lapso que se pactó con el primer contrato de seguro, sin tomar en cuenta que para el momento del siniestro se había dictado una nueva ley que amplió dicho lapso y que el contrato de seguro originario sufrió varias prórrogas, incluso luego de la entrada en vigencia del Decreto Ley del contrato de seguro; por ello, aquella cláusula contractual de caducidad, que previó seis meses para el ejercicio del derecho de reclamar judicialmente, quedó nula, al prever un lapso distinto al de la ley.

La caducidad, entonces, cuando va referida a la pérdida de la posibilidad de ejercer la acción, debe estar establecida en una norma legal y no es posible aceptar que los contratantes fijen un lapso fatal de la especie mediante un convenio.

((Omissis))

En tal razón deberán los jueces y juezas, de forma casuística y en

aplicación del control difuso constitucional, determinar si en el caso concreto sometido a su conocimiento deberán o no aplicar la ley de que se trate o negarle aplicación por considerar que vulnera el precepto constitucional de acceso a la justicia; para lo cual se deberá tener en cuenta si para el cumplimiento de lo preceptuado en las mencionadas cláusulas, se deben observar condiciones excesivamente difíciles de cumplir que puedan, en consecuencia, obstaculizar el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales pertinentes, tales como un plazo demasiado breve o que dicho ejercicio este subordinado a eventos extraños o que no dependan del titular de la acción.

En las situaciones planteadas, como se dijo, lo inconstitucional sería la ley, bajo los preceptos indicados, y no la cláusula de caducidad; por lo que para que ella pueda ser estimada nula, deberá ocurrir, si es el caso, la desaplicación de la ley que autorizó o delegó el establecimiento de la caducidad.

Con base a los razonamientos expuestos, al haber la recurrida fundado su decisión en la cláusula de caducidad contenida en el contrato de seguro firmado originariamente, sin prever sus reformas y la modificación de dicho lapso previsto en la nueva ley, la Sala declara procedente la denuncia de infracción de ley por falta de aplicación de los artículos 2, 4 numeral 5° y 55 del Decreto con fuerza de Ley del contrato de seguro. Así se decide”.

De la precedente transcripción, observa esta Sala, que en fecha 25 de octubre de 2006, se casó el fallo recurrido, como consecuencia de que el ad quem, aplicó para declarar la caducidad lo previsto en la cláusula 24 de la póliza original contratada por el asegurado (hoy demandante), la cual dispone el plazo de seis (6) meses para que opere la caducidad sobre los derechos derivados de la póliza y no lo estipulado en el Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguro, que dispone un lapso de tiempo mayor al previsto en la cláusula contractual, lo que constituye un beneficio y coadyuva a la protección de los derechos del asegurado.

En tal sentido, la Sala, declaró la procedencia de la denuncia, en virtud, de que el juzgador de alzada al haber fundado su fallo en la referida cláusula contractual, sin prever las reformas y la modificación de dicho lapso previsto en el Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguro, incurrió en la infracción por falta de aplicación de los artículos 2, 4 numeral 5° y 55 del referido Decreto.

Ahora bien, a los fines de precisar si la decisión de reenvío acató o no el criterio de la Sala, es menester transcribir a continuación un fragmento de ella, en la cual se expresó:

“Aducida la caducidad alegada por la parte demandada, debe resolverse primeramente la referida a que el reclamo fue presentado de manera extemporánea cuatro meses después cuando debía haberse hecho dentro de los treinta días siguientes. Al respecto, estima este sentenciador que en el caso concreto, tratándose de una reclamación para que fuese cubierta una intervención quirúrgica, que sería el hecho que marcaría la apertura del lapso en cuestión, no puede tenerse como que hubiese caducado pues está claro que es un hecho que tendría lugar posteriormente y que al requerirse de fondos para efectuarla, se presenta el reclamo a objeto de que la aseguradora lleve a cabo las tramitaciones concernientes a la indemnización por dicho siniestro, de manera que en este aspecto específico no cabe hablar de que operó la caducidad aún si, como en el presente caso, constan en actas los documentos y recaudos que adjuntó el demandante con el libelo y que en la promoción de pruebas lo hiciera en originales y no fueron tachados ni impugnados, con lo que se tiene que los mismos quedaron reconocidos por la demandada.

Ya en lo atinente a la caducidad de la acción, se alegó la caducidad propiamente, señalándose que la acción fue introducida un (01) año y 46 días después de existir el rechazo de ese siniestro, transcurriendo con creces la caducidad a que se refiere la cláusula “24” de las condiciones generales de la Póliza.

En cuanto a esta defensa, se impone revisar lo esgrimido por el demandante en sus observaciones a los informes de la parte contraria acerca de lo que establece el artículo 55 del Decreto con rango y fuerza de Ley del contrato de seguro, que es del tenor siguiente:

“Artículo 55. Si dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha del rechazo de cualquier reclamación, el tomador, el asegurado o el beneficiario del seguro no hubiere demandado judicialmente a la empresa de seguros, acordado con ésta someterse a un arbitraje o solicitado el sometimiento ante la autoridad competente, caducarán todos los derechos derivados de la póliza con respecto al reclamo formulado que haya sido rechazado”.

En el presente caso, el rechazo definitivo tuvo lugar el día 27-04-2001 y la demanda fue admitida en fecha 23-01-2002, de lo que se extrae que el actor tenía oportunidad de interponer la acción hasta el día 27-04-2001 y lo vino a hacer un poco más de tres (03) meses de anticipación al momento de cumplirse los doce meses que pauta el artículo 55 del Decreto con rango y fuerza de Ley del contrato de seguros.

El contrato o póliza de seguros en que se basa el co-apoderado de la demandada es un documento que se estima como un contrato de naturaleza privada en el que la cláusula 24 literal “d” (folio 151, vuelto), establece como lapso de caducidad para interponer la acción judicial el plazo de seis (06) meses siguientes a la fecha del rechazo o pago. En el caso que se resuelve, el reclamo presentado fue rechazado de manera definitiva el 27-04-2001, ante lo cual lo que quedaba era interponer la demanda correspondiente, siendo admitida como se dijo, el día 23-01-2002.

Ahora, siendo que la defensa de la demanda es la caducidad que dice- habría operado, debe tenerse en cuenta que la cláusula que la previó proviene de un contrato privado suscrito entre la aseguradora y el tomador del seguro y prevé un lapso que contradice el establecido en el artículo

55 del Decreto con rango y fuerza de Ley del contrato de seguro, que es de doce (12) meses y ante esta situación se impone tomar en cuenta y aplicar obligada y necesariamente el lapso de doce meses por provenir de una norma con rango legal. Cabe aquí traer a colación, el criterio que al respecto maneja la Sala de Casación Civil del máximo Tribunal del País cuando asentó lo siguiente:

“cómo se acotó supra, la doctrina jurisprudencial, así como la autoral, han considerado que la caducidad contractual, sólo debe ser aceptada cuando su génesis se encuentra en una norma legal que la establezca, pues la caducidad es una materia que interesa al orden público”.

Visto el criterio jurisprudencial que propugna el Tribunal Supremo de Justicia acerca de la caducidad que debe tenerse en cuenta a la hora de contratar, de acuerdo al cual la misma debe estar sustentada en norma legal contando así con supremacía por sobre cualquier otro lapso que previeran de manera privada las partes, no puede argumentarse esta última como defensa, de manera que se impone desechar el planteamiento de la caducidad como defensa. Así se establece”.

Como se podrá notar, de la precedente transcripción el juzgador de revénio en modo alguno desacató la doctrina o criterio sostenido por esta Sala, por cuanto, al estimar que la defensa de caducidad alegada por la demandada, procede de un contrato privado suscrito entre la aseguradora y el tomador del seguro y, él mismo prevé un lapso que contradice el establecido en el artículo 55 del Decreto con rango y fuerza de Ley del contrato de seguro, determinó que el lapso a tomar en cuenta en el caso in comento, es el contemplado en dicha disposición, por provenir de una norma con rango legal, en razón, que él mismo cuenta con supremacía sobre cualquier otro lapso que previeran de manera privada las partes, por lo cual, procedió a desechar el planteamiento de la caducidad, es decir, tomó en cuenta no el lapso de seis (6) meses establecido en la cláusula contractual, si no el de un (1) año previsto en la Ley, dando así cumplimiento a lo expresado por esta Sala respecto al punto en discusión.

De las anteriores consideraciones, no puede esta Sala más que declarar la improcedencia del recurso de nulidad, por estimar que el Tribunal de reenvío si procedió conforme a la doctrina establecida en casación. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01888.

FECHA: 21 de noviembre de 2007.

PARTES: Seguros La Seguridad, C.A. contra el Ministerio del Poder Popular para las Finanzas.

.....

TEMA: ELUSIÓN, RETARDO Y RECHAZO GENÉRICO

Máxima: la falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de pago de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsume en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implica el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsume en el supuesto de retardo, sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configura el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo parágrafo cuarto del artículo en comento.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse sobre el recurso contencioso administrativo de nulidad interpuesto y en tal sentido observa:

Los apoderados de la sociedad mercantil recurrente señalan que la Resolución impugnada adolece del vicio de falso supuesto de derecho, pues la Superintendencia de Seguros -a su decir- aplicó erróneamente el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, toda vez que “el supuesto que la norma sanciona descarta la aplicación casuística y se refiere a la calificación de un comportamiento que supone (...) una pluralidad de actos irregulares”, en los cuales exista la intención de la empresa aseguradora de retrasar o eludir injustificadamente el pago de los siniestros.

En cuanto al vicio de falso supuesto alegado, observa esta Sala que, en criterio sostenido de manera uniforme y reiterada, el prenombrado vicio se configura cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar un acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo para fundamentar su decisión, lo cual incide en la esfera de los derechos subjetivos de los administrados. (Vid. entre otras, Sentencia de esta Sala N° 44 del 3 de febrero de 2004).

La falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de pago de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsume en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implica el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsume en el supuesto de retardo, sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa

dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configura el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo párrafo cuarto del artículo en comento.

De manera que el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros faculta a la Administración para sancionar a las empresas de seguros, cuando sin causa justificada, incumplan los deberes establecidos en la norma, sin que para ello resulte necesario comprobar la mala fe en sus actuaciones, toda vez que lo que persigue dicha disposición es que las aseguradoras respondan oportunamente a sus compromisos o bien los rechacen por una causa justificada, motivada y oportuna, por lo que perfectamente podría configurarse la infracción aunque no se comprueba tal elemento subjetivo. (Vid Sentencia de esta Sala N° 02772, de fecha 30 de noviembre de 2006).

Asimismo, debe señalarse que el referido artículo “no hace alusión al número de infracciones que son necesarias a los fines que la Superintendencia de Seguros pueda imponer la sanción respectiva a la empresa contraventora, sino que limita su función a la tipificación de las infracciones administrativas que hacen surgir la potestad sancionatoria del referido Organismo. Una interpretación en el sentido dado por la sociedad recurrente plantearía el conflicto posterior de determinar cuándo debe considerarse reiterada determinada conducta por parte de las empresas aseguradoras, lo cual contravendría la intención del legislador al establecer la norma contenida en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, que no es otra que evitar que las referidas empresas tengan una actitud de rechazo injustificado o de elusión frente a los requerimientos de sus asegurados”. (Vid. Sentencia de esta Sala N° 01158 de fecha 10 de mayo de 2006); por lo que se concluye que no se requiere una generalidad de actos que comporten la reiterada elusión o retardo por parte de la empresa aseguradora para ser sujeto de la sanción establecida en el mencionado artículo. Así se establece.

En virtud de lo antes expuesto, debe desecharse el alegato de falso supuesto de derecho en cuanto al alegato referido a la errada interpretación del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros. Así se declara.

.....
TEMA: PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD

Máxima: la Superintendencia de la Actividad Aseguradora no sancionó a la empresa de seguro por la emisión de la carta aval, sino por no haber demostrado fehacientemente lo que la motivó para solicitar el reintegro de la cantidad pagada al centro hospitalario, por supuestamente padecer la asegurada una enfermedad preexistente.

Máxima: la empresa aseguradora no desvirtuó la presunción contenida en el artículo 560 del Código de Comercio, conforme al cual: “El siniestro se presume ocurrido por caso fortuito; pero el asegurador puede probar que ha ocurrido por causa que no le constituye responsable según la convención o la ley”. En ese sentido, la aseguradora no demostró haber realizado algún estudio o examen directamente a la paciente a fin de determinar el tiempo de formación de los cálculos biliares para concluir con certeza que la enfermedad padecida tenía el carácter de preexistente.

EXTRACTO:

Por otra parte, arguye la representación de la parte actora que la Superintendencia de Seguros incurrió en falso supuesto de derecho al afirmar que la empresa aseguradora incurrió en elusión, pues aduce que su mandante cumplió con su obligación, toda vez que emitió una carta aval a favor del

Centro Médico Caracas por la cantidad de “seiscientos ochenta y dos mil setecientos noventa y cuatro con dieciocho céntimos (Bs. 682.794,18)” (folio 98 del expediente) para cubrir la intervención de emergencia realizada a la ciudadana Carmen Emilia Querales de Tovar por “Litiasis Vesicular” el 26 de septiembre de 1996.

Expone que el hecho de que con posterioridad solicitara el reintegro por la cantidad “setecientos un mil quinientos setenta y nueve con veinte céntimos (Bs. 701.579, 20)” (folio 98 del expediente), no implica que su representada no cumplió con su deber, toda vez que sustentó su actuación en un informe médico que declaró preexistente la enfermedad padecida por la precitada ciudadana.

Al respecto, debe señalarse que en el caso de autos la Superintendencia de Seguros no sancionó a la empresa aseguradora por la emisión de la carta aval, sino por no haber demostrado fehacientemente lo que motivó a ésta para solicitar el reintegro de la cantidad cancelada al centro hospitalario, esto es, que la enfermedad padecida por la ciudadana Carmen Emilia Querales era preexistente.

Así, si bien en un primer momento la empresa aseguradora otorgó la carta aval, ello no excluye la posibilidad de que pudiera ser sancionada por incurrir en elusión, supuesto previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, ya que posteriormente a su emisión, solicitó el reintegro de lo pagado con ocasión al siniestro, negando entonces la indemnización del mismo. Por lo antes expuesto se declara improcedente el argumento expuesto por la accionante. Así se decide.

Igualmente, alega la representación de la sociedad mercantil Seguros la Seguridad, C.A., ahora MAPFRE La Seguridad C.A. de Seguros, que el acto impugnado adolece de falso supuesto de hecho, al afirmar que su representada no comprobó el carácter preexistente de la enfermedad padecida por la ciudadana Carmen Emilia Querales de Tovar, esto es, Litiasis Vesicular.

Al respecto destaca la representación recurrente que corre inserto al expediente administrativo el informe médico realizado por el Doctor Bilbao, el cual con abundante bibliografía concluyó que es prácticamente nula la formación de cálculos biliares en un período inferior a 6 meses, con lo cual su representada entendió demostrada la preexistencia de la enfermedad padecida por la precitada ciudadana.

No obstante ello, señala que la Superintendencia de Seguros no quedó satisfecha con los estudios de base estadística presentados por su mandante y solicitó en el procedimiento administrativo el informe de su médico asesor, cuya conclusión por estar también basada en criterios estadísticos, según arguye el recurrente, genera “dudas sobre la situación concreta del paciente, lo cual pareciera ser el caso, (...) acontece que [la Administración], al no haber agotado sus facultades de desentrañamiento de la verdad, debió dejar abierta la averiguación o (...) declararla terminada, en función del principio *In dubio Pro Administrado* (...)”. (Resaltado del texto).

En tal sentido, expresan que la Administración en la fase constitutiva del acto tiene la carga de la prueba y que, por ende, tenía que ser ésta la que debió probar el carácter preexistente del padecimiento para poder concluir que la aseguradora incurrió en un ilícito administrativo. Asimismo, reitero que su representada comprobó el carácter preexistente de la enfermedad.

Ahora bien, en cuanto al alegado vicio en reiteradas oportunidades se ha dejado sentado que el falso supuesto de hecho se verifica cuando la Administración al dictar un acto, fundamenta su decisión en hechos, acontecimientos o situaciones que no ocurrieron o que se verificaron de modo distinto a aquél que apreció el órgano administrativo. (Vid. Sentencia de esta Sala N° 02582 de fecha 05 de mayo de 2005).

Al respecto, la Sala observa que la Superintendencia de Seguros en la Re-

solución N° 0000861 de fecha 21 de agosto de 1997, impuso la sanción a la empresa aseguradora en base a los siguientes fundamentos:

“(...) Seguros La Seguridad basa este argumento de preexistencia de la enfermedad de la asegurada, en estadísticas.

Ante tal situación, este Organismo solicitó la opinión del médico asesor de esta Superintendencia de Seguros quien una vez analizado el informe del médico tratante de la paciente concluyó, que desde el punto de vista médico se hace imposible determinar el tiempo en el cual puede formarse un cálculo, en virtud de que la aparición de los síntomas no está relacionada con el tamaño de los cálculos, manifiesta el médico asesor de la Superintendencia de Seguros, que si bien es cierto que los cálculos biliares no se forman de un día para otro, no es menos cierto que es aventurado decir que se formen en un lapso determinado de tiempo, en virtud de que un gran cálculo puede tardar mucho tiempo en formarse y no tener ningún tipo de síntomas, mientras que existen microcálculos que dependiendo del lugar del organismo en el que estén situados pueden ser muy sintomáticos y presentar complicaciones serias tales como Ictericias obstructivas, pancreatitis, etc.

Este Organismo ha analizado cuidadosamente el expediente, siendo que, de acuerdo con las pruebas presentadas, la empresa Seguros La Seguridad, C.A., no demuestra fehacientemente lo alegado para rechazar el pago reclamado, en el sentido de que basa su rechazo en argumentos estadísticos, haciendo referencia a trabajos de estudios comparativos que llegan a la conclusión de que los cálculos biliares ameritan de varios años para dar síntomas y que su formación lleva un lapso considerable de tiempo. En este punto se hace importante destacar el hecho de que independientemente de la exclusión que hace el Anexo 19, del literal f) de la Cláusula 12 del Condicionado de la Póliza, la ciudadana Carmen Emilia Querales de Tovar, estuvo incluida en la póliza colectiva desde el año 1986 hasta el año 1996. Por otra parte, este Organismo aun no entiende las razones por las

cuales la empresa Seguros La Seguridad, C.A., llega a la conclusión de que la Litiasis Vesicular es una enfermedad preexistente, cuando no realizó ningún examen ni estudio a la paciente que la llevara a determinar este diagnóstico. Cabe destacar que el artículo 560 del Código de Comercio establece que el siniestro se presume que ocurre por caso fortuito, pero la compañía puede probar, que el mismo ocurrió por una causa que no está bajo la cobertura de la póliza, pero en el presente caso no ha sido así, ya que la empresa no demostró la causa de la excepción alegada para no realizar el pago, tal y como ha quedado evidenciado. En virtud de las consideraciones que anteceden, y siendo que a criterio de este organismo la empresa Seguros La Seguridad, C.A., se encuentra incurso en el supuesto de elusión de la obligación contemplado en el encabezamiento del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros (...). (folios 50 y 51 del expediente administrativo).

Contra el referido acto la parte actora ejerció recurso de reconsideración, el cual fue declarado sin lugar mediante la Resolución N° 0001258 de fecha 6 de noviembre de 1997 emanada de la Superintendencia de Seguros, la cual ratificó la Providencia N° 0000861 del 21 de agosto de 1997, señalando con respecto al vicio de falso supuesto alegado, lo siguiente:

“(...) este Organismo llegó a la conclusión de que la empresa estaba eludiendo su obligación, en virtud de que si bien es cierto que ésta emitió una carta aval a favor del Centro Médico de Caracas para amparar la operación quirúrgica de la asegurada, no es menos cierto y así consta en el expediente administrativo que solicitó al asegurado el reintegro del monto indicado en la misma, alegando que la dolencia padecida por la asegurada era preexistente, y por lo tanto no se encontraba cubierta por la póliza, luego, dentro del procedimiento se comprobó que tal alegato no era procedente y en la Providencia recurrida se dejan claramente establecidas las razones por las cuales este Organismo estimó que no eran procedentes los argumentos de Seguros La Seguridad, C.A., para declinar

la obligación de indemnizar el siniestro, ya que no sólo se basó la decisión de la Superintendencia de Seguros en el hecho de que la empresa no demostró la preexistencia de la enfermedad sino que también obvió el hecho de la antigüedad y continuidad de la asegurada dentro de la póliza para alegarla, aclarado lo anterior, no puede esta Superintendencia de Seguros aceptar el argumento de falso supuesto del acto recurrido (...)” (folio 83 del expediente).

Con base en lo anterior, dicho órgano administrativo consideró que la sociedad mercantil recurrente había incurrido en el supuesto de elusión, contenido en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y reaseguros, e impuso la multa correspondiente a la referida infracción.

Expuesto lo anterior, y revisadas las actas del expediente debe esta Sala señalar lo siguiente:

Corre inserto al folio 52 al 54 del expediente administrativa, la opinión médica del Doctor Joseba Bilbao, consignada por la empresa aseguradora, en la cual sustentándose en estudios científicos de carácter estadístico sobre muestras de diferentes pacientes concluyó que se requería un lapso mínimo de seis (6) meses para la formación de cálculos biliares en la ciudadana Carmen Emilia Querales de Tovar.

Asimismo, consta en el folio 60 del expediente administrativo, informe del médico tratante de la mencionada ciudadana, Doctor Gastón A. Cude-mus, en el cual señala: “Por medio de la presente se certifica que la Sra. Emilia de Tovar fue intervenida quirúrgicamente (...) por presentar litiasis vesicular sintomática, practicándosele en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas, bajo anestesia general, colecistectomía laparoscópica más colangiografía operatoria en la cual se demostró la presencia de litiasis coledociana para lo cual le fue practicado luego de su egreso y de manera endoscópica, con papilotomía endoscópica y extracción de cálculos de la vía biliar principal”.

Igualmente cursa a los autos, en el folio 59 del expediente administrativo, la opinión del asesor médico del órgano administrativo, Doctor Gónzalo Arnal Smith, en la cual indicó: “En el presente caso, es bueno destacar lo siguiente: es cierto que los cálculos biliares no se forman de un día para otro, sin embargo es aventurado decir que se formen en un lapso determinado, lógicamente puede aseverarse que un gran cálculo puede tardar mucho tiempo en formarse, pero hay microcálculos y arenilla biliar los cuales aun siendo pequeños pueden ser muy sintomáticos y presentar complicaciones serias (Ictericias obstructivas, pancreatitis, etc) (...)”.

Así, del contraste de las opiniones médicas de los Doctores Josefa Bilbao y Gónzalo Arnal Smith, se demuestra que no existía la certeza con respecto al tiempo necesario para la formación de los cálculos biliares, lo cual aunado al hecho de que las mismas se sustentaron en estudios estadísticos, llevan a esta Sala a concluir, tal y como lo señaló la parte actora, que existía la duda con respecto al carácter preexistente o no de la enfermedad; sin embargo, de ello no puede deducir la representación recurrente que era carga de la Superintendencia de Seguros demostrar que la enfermedad no era preexistente, toda vez que la circunstancia que motivó la sanción fue, justamente, que al no existir prueba fehaciente sobre ese carácter de pre-existencia, indiscutiblemente la aseguradora no podía exigir el reintegro del dinero y, con ello, rechazar en definitiva el siniestro.

En concordancia con lo anterior, se observa, que la parte actora no desvirtuó la presunción contenida en el artículo 560 del Código de Comercio, conforme al cual “El siniestro se presume ocurrido por caso fortuito; pero el asegurador puede probar que ha ocurrido por causa que no le constituye responsable según la convención o la ley”, toda vez que no demostró haber realizado algún estudio o examen directamente a la paciente a fin de determinar el tiempo de formación de los cálculos biliares para concluir con certeza que la enfermedad padecida por la ciudadana Carmen Emilia Querales de Tovar tenía el carácter de preexistente.

Igualmente, debe esta Sala señalar que resulta improcedente el alegato

de violación a los principios de investigación de la verdad real y del “in dubio pro administrado” por parte de la Administración en el caso de autos, por cuanto la Superintendencia de Seguros valoró de manera correcta los hechos, en virtud de que la sociedad mercantil recurrente no probó fehacientemente que la beneficiaria padeciera de una enfermedad preexistente. Además, se debe tener en cuenta que la función de la Superintendencia de Seguros, de conformidad con el artículo 1° de la Ley que rige sus funciones, es la de regular la actividad aseguradora en beneficio de los contratantes, asegurados o beneficiarios, motivo por el cual ante la falta de plena prueba de la existencia de una enfermedad preexistente, la sociedad mercantil no tenía tal razón para rechazar el siniestro, y por este motivo determinó que incurrió en el supuesto de elusión, contenido en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Por otra parte, indica la representación de la parte actora que la preexistencia de la enfermedad está estrechamente vinculada con el período de vigencia del contrato de seguros, “pues en este caso, la enfermedad es anterior a la fecha de cobertura de la póliza al contrario de lo que falsamente supone el acto recurrido”.

En tal sentido, señaló la accionante que el ciudadano José Efraín Tovar Querales y su madre estaban incluidos en una póliza colectiva de seguros de hospitalización, cirugía y maternidad con SEGUROS LA SEGURIDAD, C.A., ahora MAPFRE LA SEGURIDAD C.A. DE SEGUROS, con ocasión a la relación de trabajo del precitado ciudadano con Black & Decker, la cual culminó el 1° de marzo de 1996.

Indica que, con atención a lo contemplado en el Anexo N° 19 de la Póliza Colectiva, el precitado ciudadano contrató una Póliza Individual en la cual incluyó como beneficiaria a su madre, la ciudadana Carmen Emilia Querales de Tovar. En tal sentido, arguye que en el referido anexo, las partes contratantes establecieron que de la Cláusula 12 (Derecho a Indemnización) del Condicionado de la Póliza, darían derecho a indemnización los supuestos contenidos en los literales b, c y e, quedando excluido lo dis-

puesto en el literal f de la mencionada Cláusula: “la enfermedad congénita contraída, conocida o diagnosticada después de dos años de comienzo o rehabilitación de la póliza, o de su inclusión en la misma, que requiera hospitalización o intervención quirúrgica”. (Subrayado de la Sala)

De lo antes expuesto deriva la representación de la parte actora que la enfermedad preexistente no da derecho a indemnización y por ende en el caso de autos, la empresa aseguradora no debía cubrir el siniestro. Indica que si el ciudadano José Efraín Tovar Querales continuara al servicio de Black & Decker “la intervención quirúrgica a la que se ha hecho referencia hubiese estado amparada, por la data que registraba dicho ciudadano en la señalada Póliza Colectiva (6 años aproximadamente)”, lo cual no sucedió en el caso de autos.

Asevera que es falso que el precitado ciudadano y su madre hayan pasado de una póliza colectiva a una individual, toda vez que son contratos diferentes, en los que cada una se rige por sus propias condiciones generales y particulares, por lo que afirma, nada tiene que ver una con la otra, además señalan que en la colectiva el ciudadano José Efraín Tovar Querales era un beneficiario, mientras que en la individual realizó una contratación a título personal.

Al respecto, debe reiterar esta Sala, que en el caso de autos no quedó comprobada la preexistencia de la enfermedad, por lo que no podía la empresa aseguradora alegar que resultaba aplicable la exclusión contemplada en literal f de la mencionada cláusula 12 (aplicable en virtud de lo dispuesto en el Anexo N° 19) para negarse a indemnizar el siniestro ocurrido a la referida ciudadana, toda vez que, para ello, se reitera, debía existir la prueba fehaciente de que el padecimiento presentado por la ciudadana Carmen Emilia Querales de Tovar era preexistente y visto que ello no sucedió, tal y como se expuso previamente, la empresa aseguradora no podía sustentarse en tal exclusión para rechazar el pago del siniestro.

Por otra lado, debe agregar esta Sala que mal puede argüirse en este caso

la transición de la póliza colectiva a la individual para aplicar un lapso de espera a la precitada ciudadana, pues en el propio escrito recursivo se observa la antigüedad y continuidad de la contratación, cuando se señala que “si el denunciante hubiese continuado al servicio de Black & Decker, la intervención quirúrgica a que se ha hecho referencia hubiese estado amparada, por la data que registraba dicho ciudadano en la señalada Póliza Colectiva (06 años aproximadamente)”. (Resaltado del texto).

De allí que, tal y como lo afirmó la Administración en el acto impugnado, debe considerarse que la empresa no sólo dejó de demostrar la preexistencia de la enfermedad “sino que también obvió el hecho de la antigüedad y continuidad de la asegurada dentro de la Póliza”.

Con base en lo anterior, se desecha el alegato de falso supuesto de hecho alegado. Así se declara.

.....

2008



TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.00050.

FECHA: 01 de febrero de 2008.

PARTES: Giovanni Nocerino Scotti contra Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A.

.....
**TEMA: INTERÉS ASEGURABLE FRENTE AL OBJETO EN EL
CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: el interés asegurable es un interés de tal naturaleza que el evento contra el cual se asegura pudiera causar pérdida al asegurado. Debemos ver con claridad que el interés no se refiere al objeto en riesgo, sino a la relación económica, que ligue a una persona determinada con los bienes que han de ser objeto del contrato en tal forma que la conservación de tales bienes le sea beneficiosa y su deterioro o pérdida signifique un quebranto patrimonial expresable en dinero.

Máxima: en el seguro de vida, el interés asegurable tiene ciertas características, la pérdida es básicamente una pérdida de capacidad productiva y vemos aquí una ventaja de subdividir los seguros, i) en función de la pérdida material y ii) la pérdida de capacidad productiva.

EXTRACTO:

Lo que da a entender que el interés asegurado es el objeto del contrato de seguros, que sería en el seguro contratado en el presente caso el vehículo automotor asegurado, y siendo que la existencia del vehículo asegurado no está en duda, ya que existía al momento de la celebración del mismo, hay que desechar el alegato de la parte demandada que señala la ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del contrato de

seguros, porque sencillamente éste si existía y da fe de ello la existencia de un certificado de registro del vehículo y el informe presentado por el I.N.T.T.T., aun cuando pudiera estar sometido o registrado bajo estatus 90. ASÍ SE ESTABLECE.” (Resaltado de la recurrida).

En el sub iudice, el formalizante con fundamento en el ordinal 2º del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, denuncia la errónea interpretación del artículo 57 del Decreto Ley del Contrato de Seguros, por considerar éste, que la recurrida interpretó que la simple existencia del vehículo comportaba el interés asegurable para el actor, y que dicho error fue decisivo en el dispositivo del fallo, ya que el sentenciador, “al equiparar el objeto material del contrato con el interés asegurable, consideró que la parte demandante lo poseía”.

Al respecto, el artículo 57 del Decreto Ley del Contrato de Seguros prevé:

“Todo interés económico, directo o indirecto, en que un siniestro no se produzca, puede ser materia del seguro contra los daños. La ausencia de interés asegurable al momento de la celebración del contrato produce la nulidad del mismo.

En un mismo contrato podrán estar incluidas coberturas para amparar diversos riesgos o tipos de seguros; pero deberán cumplir con las disposiciones establecidas para cada seguro en particular”.

A los fines de dilucidar la denuncia aquí planteada esta Sala considera necesario transcribir algunos conceptos con respecto a la norma denunciada, es decir, sobre lo que es el interés asegurable, y cuál es el objeto del contrato.

La Enciclopedia Jurídica OPUS, Tomo IV, define el “interés asegurable” de la siguiente manera:

“Constituye una norma universalmente aceptada, tendiente a evitar que el Contrato de Seguro pueda derivar en apuesta o juego, o que

resulte el incentivo para destruir la cosa asegurada, tergiversando así la razón de ser del seguro; exigiéndose que exista en el asegurado un interés susceptible de ser cubierto por el seguro, requisito sin el cual el contrato no se consideraría válido”.

Asimismo, Iván Lansberg, en su obra “El seguro, fundamentos y función”, señala lo siguiente:

“Tal vez la fórmula más completa es la que encontramos en el Decreto sobre el Seguro Marítimo Inglés del año 1906, en que se establece que: Una persona tiene interés en una aventura marítima cuando tiene cualquier relación justa o de derecho con la aventura misma o con cualquier propiedad asegurable que en ella corra riesgo, y en cuya consecuencia pueda beneficiarse con la seguridad o feliz llegada de la propiedad asegurada, o pueda ser perjudicada por su pérdida, daño o detención o pueda incurrir en responsabilidades a su respecto. Una definición práctica y simple es la del tratadista norteamericano, Mowbray: Interés asegurable es un interés de tal naturaleza que el evento contra el cual se asegura pudiera causar pérdida al asegurado”.

Debemos ver con claridad que el interés no se refiere al objeto en riesgo, sino a la relación económica, que ligue a una persona determinada con los bienes que han de ser objeto del contrato en tal forma que la conservación de tales bienes le sea beneficiosa y su deterioro o pérdida signifique un quebranto patrimonial, expresable en dinero. Podríamos decir, por tanto, que el interés asegurable es un interés subjetivo. Un interés asegurable objetivo, desligado de un interesado, lógicamente no puede existir y más bien se basa en una confusión con el objeto del seguro mismo, que sí tiene un valor objetivo.”

omissis

“La forma más simple del interés asegurable se encuentra por supuesto en el caso del propietario de un bien. Pero éste no es el

único que puede sufrir una pérdida pecuniaria en el caso de un siniestro. Hay muchos que pueden estar interesados. Al acreedor hipotecario le interesa que se conserve el bien que se le ha dado en garantía. El usufructuario perdería el beneficio que tiene del uso de un bien, y tiene por tanto interés en su conservación. El inquilino se ha hecho responsable de entregar el sitio alquilado en la misma forma como lo recibió. El depositario o comisionista es responsable de los bienes bajo su cuidado. El acreedor tiene interés en que no muera su deudor y tiene en su vida interés asegurable. El propietario de una isla de recreo tiene interés asegurable en el puente que lo une con el resto del país. Un transportista asume responsabilidad por los bienes que transporta, y tiene por tanto interés asegurable en la conservación de las cosas. Este tipo de interés, como en el caso del depositario y consignatario, se llama en los Estados Unidos: un Interés Asegurable Representativo (...).

En el seguro de vida, el Interés Asegurable tiene ciertas características especiales que será necesario enfocar. Como decíamos, el interés asegurable se basa en una pérdida pecuniaria y tiene, en consecuencia, como límite, la pérdida máxima que puede resultar del siniestro. Esa pérdida, en el caso del seguro de vida, es básicamente una pérdida de capacidad productiva y vemos aquí una ventaja de subdividir los seguros, como veremos más adelante, en función de la pérdida material y la pérdida de capacidad productiva. Por estar estos conceptos basado en los tipos de perjuicio, se expresa en ellos también el interés asegurable”.

Eloy Maduro Luyando, en su obra “Curso de Obligaciones” señala en relación al interés lo siguiente:

“En un principio algunos autores sostuvieron que ese interés debía ser un interés de tipo pecuniario, pues de lo contrario resultaría imposible el cumplimiento coactivo de la obligación, por no ser susceptible de valorarse en dinero; luego se admitió que puede tratarse de un interés social, psíquico, o de otra índole. Por últi-

mo, se aclaró que basta con que la prestación sea susceptible de ser evaluada en dinero. Algunos sostienen que basta con que sea valorada en dinero para una cualquiera de las partes. No siendo indispensable que lo sea para ambas partes. Por ejemplo: quien contrata una orquesta para amenizar una fiesta particular, no tiene interés económico en el cumplimiento de la prestación, sino un interés de esparcimiento o diversión; en cambio, para la orquesta, la prestación sí reviste un marcado interés pecuniario, pues la contraprestación perseguida es el pago de una suma de dinero. Tal circunstancia, de que revista interés económico para una cualquiera de las partes, permite la posibilidad de evaluar económicamente la prestación para cualquiera de las dos partes, y con ello se satisfacen los postulados de esta condición.

La condición de que el objeto debe revestir un interés para el acreedor, es aplicable tanto cuando la prestación consista en la transmisión de un derecho como cuando consista en la realización de una actividad o conducta”.

La errónea interpretación de una norma se produce cuando el juez, reconociendo la existencia y validez de una norma apropiada al caso, la elige acertadamente, pero equivoca la interpretación en su alcance general y abstracto, lo cual traduce que, no le da el verdadero sentido, haciendo derivar de ella consecuencias que no concuerdan en su contenido.

En el presente caso el formalizante señala que el juzgador superior confundió el interés asegurable, el cual representa el interés económico de que no se produjera el siniestro, con el objeto asegurado, lo cual lo llevo a interpretar de manera errada el contenido del artículo 57 del Decreto Ley del Contrato de Seguros.

Ahora bien, aun cuando la afirmación hecha por el sentenciador de alzada no se corresponde con lo que la doctrina moderna ha considerado como “interés asegurable”, observa la Sala que dicha norma no fue interpretada de manera aislada por la recurrida pues la misma, para demostrar el

interés asegurable por parte del actor, fue debidamente concatenada con la cláusula contractual invocada como exoneradora de la obligación de la compañía aseguradora, y con los artículos 2 y 4 de la Ley del Contrato de Seguros que establecen el carácter imperativo en la aplicación de estas normas en los referidos contratos, siempre que estas favorezcan al tomador, asegurado o beneficiario, pues ha de presumirse que estos han contratado de buena fe.

Considera la Sala que la aplicación de manera conjunta de las referidas disposiciones por parte de la recurrida, estaba dirigida a indicar que al haber contratado de buena fe el asegurado, existía de su parte un interés asegurable de que no se produjera el siniestro que lo llevo a realizar el reclamo ante la compañía aseguradora.

Por otra parte, estima la Sala que el error conceptual sobre lo que es el objeto del contrato y el interés asegurable, no puede ser considerado como un error de interpretación del referido artículo, pues su conclusión, atendiendo a esa interpretación de manera conjunta, fue acertada.

Bajo tales circunstancias, la recurrida concluyó que para el momento de la celebración del contrato el actor era propietario del bien asegurable y que el mismo se encontraba inscrito ante el I.N.T.T.T., a nombre del ciudadano GIOVANNI NOCERINO SCOTTI, lo que fue considerado suficiente para demostrar el interés asegurable del mismo previsto en el referido artículo 57 de la Ley del Contrato de Seguros.

Por las razones antes expuestas, al considerar la Sala que el juez de alzada no interpretó de forma errada el artículo 57 de la Ley del Contrato de Seguros, debe desecharse por improcedente la presente denuncia. Así se decide.

.....
**TEMA: PAGO DE INTERESES MORATORIOS EN EL
CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: a pesar de no estar establecido en el Contrato de Seguro el pago de intereses, dada la naturaleza del mismo y tomando en consideración los preceptos contenidos en los artículos 3 y 4 de la Ley del Contrato de Seguro, le eran aplicables las disposiciones establecidas en el Código de Comercio, por lo cual consideró imponer el pago de intereses a la tasa del doce por ciento (12%) anual, calculados sobre el monto asegurado.

Máxima: el Contrato de Seguro establece en caso de siniestro, el pago de una indemnización determinada en la póliza, la cual constituye una suma líquida que se hace exigible al momento del reporte del siniestro y cumplido el trámite establecido en el contrato. Ello supone el cumplimiento por parte de la aseguradora de la obligación de pago en una fecha cierta, por lo que vencida la oportunidad sin que esta lo hiciera, se estaría generando un desequilibrio patrimonial en desmedro del asegurado o beneficiario de la póliza, que necesariamente debe ser compensado a través del pago de intereses moratorios.

EXTRACTO:

En el sub iudice, el formalizante con fundamento en el ordinal 2º del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, denuncia la falsa aplicación por parte de la recurrida del artículo 108 del Código de Comercio, por cuanto la misma acordó el pago de intereses moratorios, siendo lo contratado una obligación de valor.

La falsa aplicación de una norma tal como lo señala la doctrina calificada, consiste en el establecimiento de una falsa relación entre los hechos, en principio correctamente establecidos por el Juzgador, y el supuesto de

hecho de la norma, también correctamente interpretada, que conduce a que se utilice una norma jurídica no destinada a regir el hecho concreto.

La producción de intereses de pleno derecho es la regla que se aplica a toda deuda mercantil líquida y exigible en Venezuela, a tenor de lo previsto en la disposición cuya falsa aplicación fue delatada, cuyo antecedente está en el artículo 116 del Código de Comercio de 1904, el cual fue incorporado tomándolo del artículo 41 del Código de Comercio Italiano de 1882, texto legal en el que fue introducido como derogatorio de la regla civil según la cual, los intereses sólo corren en presencia de pacto o de mora.

Señala el referido artículo 108 del Código de Comercio lo siguiente:

“Las deudas mercantiles de sumas de dinero líquidas y exigibles devengan en pleno derecho el interés corriente en el mercado, siempre que éste no exceda del doce por ciento anual”.

Ahora bien, en el presente caso el sentenciador de alzada, determinó que a pesar de no estar establecido en el Contrato de Seguro el pago de intereses, dada la naturaleza del mismo y tomando en consideración los preceptos contenidos en los artículos 3 y 4 de la Ley del Contrato de Seguro, le eran aplicables las disposiciones establecidas en el Código de Comercio, por lo cual consideró imponer el pago de intereses a la tasa del doce por ciento (12%) anual, calculados sobre el monto asegurado.

La citada norma establece como requisito esencial para la procedencia del pago de intereses tres supuestos: 1) Que la deuda sea de una suma de dinero y que esta sea naturaleza mercantil; 2) Que dicha suma sea líquida y; 3) Que la misma sea exigible.

Ahora bien, sostiene el formalizante que “la obligación de indemnización derivada de las pólizas de seguro constituye obligaciones de valor, dado que su función es eminentemente resarcitoria y su finalidad inmediata es

la de restaurar el equilibrio patrimonial a favor del asegurado o beneficiario de la póliza”.

Al respecto, cabe precisar que el Contrato de Seguro establece en caso de siniestro, el pago de una suma a título de indemnización determinado en la póliza, lo cual constituye una suma líquida que se hace exigible al momento del reporte del siniestro y cumplido el trámite establecido en el contrato. Ello supone el cumplimiento por parte de la aseguradora de la obligación de pago en una fecha cierta, por lo que vencida la oportunidad sin que esta lo hiciera, se estaría generando un desequilibrio patrimonial en desmedro del asegurado o beneficiario de la póliza, que necesariamente debe ser compensado a través del pago de intereses moratorios.

Por tal motivo, estima la Sala que, demostrada la naturaleza mercantil de la obligación, y cumplidas las exigencias previstas para considerar procedente el pago de los intereses por la demora en el cumplimiento de la indemnización, fue acertada por parte de la recurrida la aplicación del artículo 108 del Código de Comercio. Así se decide.

Por las razones que anteceden se declara improcedente la denuncia por falsa aplicación del artículo 108 del Código de Comercio, lo que conlleva a la declaratoria sin lugar del recurso de casación interpuesto. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00301.

FECHA: 12 de marzo de 2008.

PARTES: Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) contra Seguros Horizonte.

.....

TEMA: INEXISTENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: debe precisarse que la póliza constituye el documento por excelencia que permite comprobar que el daño reclamado se encuentra amparado en un contrato de seguro, válido y eficaz.

Máxima: las testimoniales no resultan el medio probatorio idóneo para demostrar la existencia de la obligación que se alega incumplida, siendo que a través de las mismas sólo quedó comprobado que se realizó la notificación del siniestro a la empresa aseguradora, hecho que no aporta elementos de prueba sobre el alcance de las obligaciones entre las partes, lo cual se logra a través del contrato de seguro.

EXTRACTO:

El apoderado judicial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) demandó a la sociedad mercantil Seguros Horizonte, C.A., para que fuera condenada a pagarle a su representada la cantidad de trece millones trescientos cincuenta mil bolívares (Bs. 13.350.000,00), derivados del presunto contrato de seguro contenido en la Póliza N° 0000005702 de fecha 18 de julio de 2000, suscrito por ambas partes y producto del siniestro ocurrido el 31 de enero de 2001, al vehículo propiedad de su representada identificado con las siguientes características: “Marca: Chevrolet; Modelo: Cavalier; Serial de Carrocería: 8Z1JF5240YV314087; Serial del Motor: 0YV314087; Tipo de Vehículo: Particular; Uso: Pasajero; Placa de Circulación CAB62B; Año 2000; Color: Rojo; Capacidad 5 pasajeros”.

Por su parte, la representación judicial de la empresa Seguros Horizonte, C.A., indicó “aceptamos de buena fe, que el siniestro que se pretende cobrar fue causado el día 31 de enero de 2001, a pesar de que el apoderado de la contraparte afirma por dos (2) veces en su libelo, que ocurrió el 31 de enero de 2000 o sea mucho antes de estar vigente la Póliza objeto de

la reclamación”, sin embargo negó, rechazó y contradijo en todas y cada una de sus partes, tanto en los hechos como en el derecho la demanda presentada por la prenombrada Universidad.

Ahora bien, el presente caso se contrae a determinar la procedencia o no de los montos reclamados con ocasión de un supuesto contrato de seguros celebrado entre las partes según la póliza de casco de vehículos terrestres descrita anteriormente, generados por el siniestro ocurrido el día 31 de enero de 2001 en el Estado Monagas, para lo cual, es necesario analizar en primer lugar, los documentos en los cuales se fundamenta la acción intentada, a los fines de determinar su validez y en consecuencia, la existencia o no de las obligaciones que de ellos dimanen; en segundo lugar, de considerar válido el referido contrato, verificar la procedencia del pago de las cantidades que con ocasión de ese acuerdo de voluntades, la actora alega debe acordarse.

Al respecto, la Sala observa que la accionante se limitó a consignar a los fines de demostrar la obligación presuntamente incumplida por la parte demandada copias simples de los siguientes documentos: “cuadro y recibo de póliza”, “declaración de siniestro de vehículo terrestre”, “carta suscrita por el Gerente de la Sucursal Maturín, mediante la cual se le notifica la improcedencia del siniestro”.

En este sentido establece el artículo 549 del Código de Comercio, lo siguiente:

“Artículo 549. El seguro se perfecciona y prueba por un documento público o privado llamado póliza. (...)

Si se otorgare por documento privado; se extenderá por duplicado”.

Conforme a la anterior disposición, debe precisarse que la póliza constituye el documento por excelencia que permite comprobar que el daño reclamado se encuentra amparado en un contrato de seguro, válido y eficaz;

en este sentido, la Sala advierte que no figura en el expediente el contrato de seguro bajo cuya vigencia se produjeron los daños, por lo que nada puede afirmarse en lo que respecta a las obligaciones contraídas por una y otra contratante.

No obstante, lo anterior, debe apreciarse que la empresa demandada reconoció que ciertamente se produjo un siniestro estando vigente la póliza objeto de la reclamación, y al efecto alude a varias de sus cláusulas con el objeto de rechazar la responsabilidad que se le atribuye.

Al respecto, debe indicarse que la representación judicial de la demandada consignó en la oportunidad de la contestación de la demanda copia simple de dos (2) condicionados de pólizas las cuales aduce estaban vigentes para la fecha del contrato; sin embargo, tales formatos no contienen destinatario, ni fecha de celebración, ni están suscritos por persona alguna, en virtud de lo cual esta Sala no puede constatar que los mismos constituyan efectivamente parte integrante de la póliza con base en la cual es planteada la demanda.

Reafirmando lo anterior se observa que la empresa demandada al desarrollar las diversas causas que la eximen de responsabilidad, indicó que tales consideraciones se encuentran “generalmente insertas en las pólizas de seguros de todos los ramos patrimoniales”, razón por la cual esta Sala no puede constatar que los condicionados anteriormente referidos formen parte efectivamente de la póliza suscrita por ambas contratantes.

Por tanto, al no constar en autos que haya sido promovido algún medio probatorio capaz de demostrar la veracidad de las referidas condiciones y que éstas constituyan parte integrante del contrato suscrito por las partes, debe esta Sala concluir que tales formatos carecen de valor y en consecuencia de ello deben desecharse.

En este orden de ideas observa la Sala, que las testimoniales de los ciudadanos José Leonel Fernández y Juan José Pino Paredes, no resultan el

medio probatorio idóneo para demostrar la existencia de la obligación que se alega incumplida, siendo que a través de las mismas sólo quedó comprobado que se realizó la notificación del siniestro a la empresa aseguradora, hecho que no aporta elementos de prueba sobre el alcance de las obligaciones entre las partes, que como se dijo derivan del contrato cuyo cumplimiento se demanda.

Conforme a las anteriores consideraciones, se advierte que analizadas las actas que conforman el expediente se evidencia que el demandante no produjo el presunto contrato de seguro, a pesar de que afirmó que lo presentaría en su oportunidad, documento mediante el cual se podría establecer con precisión las obligaciones asumidas, el modo, lugar y tiempo en que ha debido ser cumplida y los términos de la indemnización en caso de resultar esta procedente, situación que constituye un incumplimiento de la carga procesal dispuesta en el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil, que establece:

“Las partes tienen la carga de probar sus respectivas afirmaciones de hecho. Quien pida la ejecución de una obligación debe probarla”.

De lo precedentemente expuesto, se impone señalar que el demandante no sólo debe exponer las circunstancias sobre las cuales esgrime su pretensión, sino traer a los autos los elementos de prueba suficientes para que esta sea reconocida, observando la Sala que existe en el presente caso una ausencia de material probatorio que demuestre la existencia de la obligación que se dice incumplida y permita estimar favorablemente la pretensión de la demandante.

En tal sentido, el artículo 254 del Código de Procedimiento Civil, dispone:

“Los jueces no podrán declarar con lugar la demanda sino cuando a su juicio, exista plena prueba de los hechos alegados en ella. En caso de duda, sentenciarán a favor del demandado, y, en igualdad de circunstancias, favorecerán la condición del poseedor, prescin-

diendo en sus decisiones de sutilezas y de puntos de mera forma”.

La Sala, se ha pronunciado en distintas oportunidades (Vid. Sentencia N° 01840 de fecha 20 de noviembre de 2003, caso Silva Soares, C.A., contra el Estado Miranda), estableciendo lo siguiente:

“Todo lo anterior apareja, que el demandante no sólo debe exponer las circunstancias sobre las cuales esgrime su pretensión, sino que debe traer a los autos los elementos de prueba que conforme al principio de mediación se encuentra compelido a evidenciar en el expediente, a los fines de apoyar su petición. De allí, que, si el accionante no demuestra sus afirmaciones, sucumbirá en el debate y el juez así deberá decretarlo por incumplimiento de las cargas procesales derivadas de la acción, toda vez que la prueba de los hechos en que se fundamenta la demanda incumbe al actor, en razón de la naturaleza constitutiva de los hechos invocados y su consecuente carácter generador de derechos.

En tal sentido, analizadas como han sido las actas que conforman el expediente se evidencia, que el demandante no produjo el presunto contrato suscrito con la demandada con el objeto de construir la Plaza Bolívar de la población de Birongo, ubicada en el Municipio Brion del Estado Miranda, lo cual constituye un incumplimiento de la carga procesal dispuesta en el artículo 434 del Código de Procedimiento Civil, conforme al cual el instrumento fundamental de la demanda debe ser acompañado con el libelo al momento de interponer la acción o en su defecto, debe ser indicado el lugar donde se encuentre.

(...)

Por tanto, al no existir en las actas que conforman el presente expediente, documento alguno del cual pueda evidenciarse el cumplimiento de los requisitos indispensables para la formación previa del consentimiento de la Administración como una condición esencial para la existencia del contrato cuyo cumplimiento se preten-

de y por otra parte, dado que las copias presentadas no pueden apreciarse como pruebas de la obligación reclamada, toda vez que fueron oportunamente impugnadas por el ESTADO MIRANDA y aun en el supuesto contrario, no tienen la capacidad de evidenciar una relación contractual que vincule a las partes, esta Sala debe declarar forzosamente la inexistencia del supuesto contrato cuyo cumplimiento se demanda y con ello desestimar la totalidad de la demanda incoada”.

En virtud de lo anterior, estima la Sala, que no habiéndose traído a los autos elementos suficientes que hagan plena prueba para declarar con lugar la pretensión esgrimida por la actora, debe declararse sin lugar la demanda interpuesta. Así se decide.

Ahora bien, visto que el presente caso se trata de una demanda contra la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), cuya naturaleza jurídica ha sido asimilada a la de un instituto autónomo, esta Sala, dada la extensión de los privilegios de la República a los institutos autónomos prevista en el artículo 97 de la Ley Orgánica de la Administración Pública (Gaceta Oficial N° 37.305 del 17 de octubre de 2001) y en atención al criterio de la Sala Constitucional de este Máximo Tribunal establecido en la sentencia N° 172 de fecha 18 de febrero de 2004, se abstiene de imponer el pago de costas a la parte perdedora en este juicio. Así se declara.

.....

2009



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00213.

FECHA: 18 de febrero de 2009.

PARTES: La Oriental de Seguros, C.A. contra el Ministerio del Poder Popular para las Finanzas.

.....
**TEMA: SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA
(POLICÍA ADMINISTRATIVA)**

Máxima: la Superintendencia de la Actividad Aseguradora es el órgano público especializado con autonomía funcional, sin personalidad jurídica, adscrito al Ministerio de Fomento, hoy Ministerio del Poder Popular para las Finanzas, dotado de potestades de policía en el ámbito asegurador, tales como: inspeccionar, supervisar, vigilar, fiscalizar y regular la actividad aseguradora, con el fin de resguardar el orden público económico.

Máxima: la policía administrativa es aquella actividad que la Administración despliega en ejercicio de sus propias potestades que, por razones de interés público, limita los derechos de los administrados mediante el ejercicio, en su caso, de la coacción sobre los mismos.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse respecto al mérito de la causa y a tal efecto observa que en el presente juicio se cuestiona la legalidad de la Resolución N° 1.715 dictada el 5 de enero de 2006 por el Ministro de Finanzas (hoy Ministro del Poder Popular para las Finanzas).

De seguida pasa esta Sala a pronunciarse sobre cada uno de los argumentos expuestos en el escrito recursivo, y a tal efecto se observa:

De la denuncia del vicio ausencia de base legal.

La parte recurrente denunció que el acto recurrido carece de base legal puesto que “no invoca norma alguna que prohíba la aplicación de una cláusula de ajuste de prima por alta siniestralidad, ni norma que colida directamente o por aplicación analógica con ella”.

En lo referente al vicio de ausencia de base legal, esta Sala ha señalado que se produce cuando un acto emanado de la Administración no es capaz de sostenerse en un instrumento normativo determinado, careciendo de ese modo de la sustentación jurídica necesaria que le sirve de fundamento. (Vid. Sentencias Nos. 161 del 1º de febrero de 2006 y 2.309 del 24 de octubre de 2006).

En el caso que nos ocupa, la Resolución N° 1.715 dictada el 5 de enero de 2006, hoy impugnada, cursante a los folios 96 al 101 del expediente judicial, establece expresamente lo siguiente:

“(…) En este contexto, y fundamentalmente con base en estas motivaciones el legislador ha precisado en el contenido de los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, la obligatoriedad de la aprobación por la Superintendencia de Seguros, de las cláusulas contenidas en los distintos tipos de pólizas de seguros, para cada empresa en particular, e igualmente prohíbe modificar el contenido de las pólizas y de alterar las tarifas sin la previa aprobación de dicho Organismo. Al respecto esta Alzada comparte la decisión emanada de (sic) Superintendencia de Seguros, cuando reitera una vez más que las Cláusulas de Ajuste por Alta Siniestralidad causan un desequilibrio en perjuicio de los tomadores y asegurados”. (Resaltado de la Sala).

Igualmente observa esta Sala que en el acto administrativo impugnado el hoy Ministro del Poder Popular para las Finanzas se fundamentó para

declarar sin lugar el recurso jerárquico en los artículos que se detallan a continuación, establecidos en la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4.865 Extraordinario, del 8 de marzo de 1995:

“Artículo 66. Las pólizas, anexos, recibos, solicitudes y demás documentos complementarios relacionados con aquellos y las tarifas y arancel de comisiones que usen las empresas de seguros en sus operaciones, deberán ser previamente aprobados por la Superintendencia de Seguros.

Los solicitantes deberán acompañar a las pólizas la forma o procedimiento que utilizarán para la determinación de la prima. Si el solicitante no presenta tarifa aplicable en algún riesgo, deberá exponer ante la Superintendencia de Seguros las razones que así lo justifiquen y la Superintendencia resolverá lo conducente. En todo caso, las tarifas aplicables por las empresas de seguros deben ser el resultado de estudios actuariales, que sirvan de base para su determinación y suscritas por licenciados en ciencias actuariales, egresados de una universidad venezolana o residentes en el país debidamente autorizados.

Cuando en ejecución de políticas del Estado venezolano, por razones de interés público, la Superintendencia apruebe una tarifa uniforme para cierta clase de riesgos, las empresas deberán aplicarla en sus operaciones en el ramo correspondiente.

Artículo 67. Las empresas de seguros no podrán modificar en forma alguna el contenido de las pólizas y documentos que les hayan sido aprobados, sin la previa autorización de la Superintendencia de Seguros.

Parágrafo Único. Cuando la naturaleza del riesgo por asegurar obligue a establecer condiciones especiales no comprendidas en las pólizas, anexos o cláusulas que les hayan sido aprobados, las empresas de seguros deberán solicitar la previa autorización de la Superintendencia de Seguros, la cual resolverá en el plazo perentorio

que fije el Reglamento, si es procedente o no lo solicitado.

Artículo 68. Las empresas de seguros no podrán alterar las tarifas aprobadas sin la previa autorización de la Superintendencia de Seguros. En el caso de seguros generales, la Superintendencia de Seguros ordenará a la empresa de hubiere infringido la disposición contemplada en este artículo, la cancelación de la póliza y la devolución a prorrata al asegurado o contratante de la prima no consumida, correspondiente al período que falte por transcurrir, de conformidad con la tarifa.

La empresa de seguros no podrá participar en el seguro o reaseguro de dicho riesgo durante el lapso de los tres años siguientes. Cuando se trate de seguros de vida, la Superintendencia de Seguros ordenará la devolución al asegurado o contratante del exceso de primas cobradas o el pago por éste a la empresa de la diferencia de primas no cobradas. En los casos a que se refiere este artículo, la Superintendencia de Seguros impondrá además las sanciones a que hubiere lugar”. (Resaltado de esta Sala).

Ahora bien, este Órgano Jurisdiccional constata que la presente controversia se originó por un acto emanado de la Superintendencia de Seguros, órgano público especializado con autonomía funcional, sin personalidad jurídica, adscrito al Ministerio de Fomento, hoy Ministerio del Poder Popular para las Finanzas, dotado de potestades de policía en el ámbito asegurador, tales como: inspeccionar, supervisar, vigilar, fiscalizar y regular la actividad aseguradora, con el fin de resguardar el orden público económico.

Al respecto resulta oportuno destacar que la policía administrativa es aquella actividad que la Administración despliega en ejercicio de sus propias potestades que, por razones de interés público, limita los derechos de los administrados mediante el ejercicio, en su caso, de la coacción sobre los mismos.

.....

TEMA: AUTORIZACIONES

Máxima: las empresas de seguros no pueden modificar en forma alguna el contenido de las pólizas y documentos que les hayan sido aprobados, sin la previa autorización del órgano de control.

Máxima: las autorizaciones son aquellos actos que permiten al Administrado ejercer un derecho o poder que le pertenece, pero para cuyo ejercicio existe un obstáculo legal. Estos actos administrativos pueden ser: i) reglados, vale decir, cuando se condiciona el ejercicio de un derecho preexistente al cumplimiento de unos requisitos legalmente exigidos; o ii) discrecionales, para ello se requiere que la norma remita a una valoración administrativa que atribuya a la Administración la opción de elegir entre distintas soluciones igualmente justas.

Máxima: la autorización de los productos, tarifas y primas es de naturaleza discrecional, puesto que los referidos dispositivos le otorgan un margen de valoración a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para dictar el acto administrativo en referencia.

EXTRACTO:

Siguiendo esta línea argumentativa, esta Sala constata que en atención a la normativa transcrita supra las empresas de seguros no pueden modificar en forma alguna el contenido de las pólizas y documentos que les hayan sido aprobados, sin la previa autorización de la Superintendencia de Seguros.

En tal sentido, debe precisarse que las autorizaciones son aquellos actos que permiten al Administrado ejercer un derecho o poder que le pertene-

ce, pero para cuyo ejercicio existe un obstáculo legal. Estos actos administrativos pueden ser: (i) reglados, esto es, cuando se condiciona el ejercicio de un derecho preexistente al cumplimiento de unos requisitos legalmente exigidos; o (ii) discrecionales, para ello se requiere que la norma remita a una valoración administrativa que atribuya a la Administración la opción de elegir entre distintas soluciones igualmente justas.

Juzga esta Sala que la autorización a la que aluden los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, es de naturaleza discrecional, puesto que los referidos dispositivos le otorgan un margen de valoración a la Superintendencia de Seguros para dictar el acto administrativo en referencia.

En el presente caso se aprecia que la prenombrada Superintendencia, como órgano encargado de velar por el mercado asegurador, en uso de esa facultad establecida *ex lege* fue que concluyó que la inclusión por parte de la sociedad mercantil recurrente de un anexo de ajuste por alta siniestralidad implicaba un perjuicio para los tomadores o beneficiarios de los contratos de seguros y, por ende, para el mercado asegurador, ya que no puede calificarse como un suceso de agravación del riesgo las desviaciones de la siniestralidad con relación a su valor medio estimado; y en razón de ello, negó la autorización para incorporar el mencionado anexo en los contratos de seguros colectivos celebrados por la recurrente.

Por consiguiente, esta Sala considera improcedente el argumento de la parte actora relativa a que el acto impugnado adolecía del vicio de ausencia de base legal, visto que la Administración recurrida actuó ceñida a lo que el ordenamiento jurídico expresamente le habilita, esto es, otorgar o no las autorizaciones, con la debida fundamentación para ello, a fin de proteger el mercado asegurador (artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros). Así se declara.

.....
**TEMA: CONTROL PREVIO, CONCOMITANTE Y
POSTERIOR A LAS EMPRESAS DE SEGUROS**

Máxima: la Superintendencia de la Actividad Aseguradora se encarga de regular todo lo relativo a la constitución, funcionamiento y control de la actividad aseguradora y en especial de las empresas de seguros. Este control permanente del Estado, dependiendo del momento en que se ejerce, puede ser: previo (como las autorizaciones que otorga el Estado para promover, constituir y operar las empresas de seguros); de funcionamiento (con la constatación de las condiciones previas en que se fundamentó la autorización para operar); o posterior (como en el caso de revocación de la autorización para operar, de la liquidación y la quiebra).

EXTRACTO:

De la denuncia del vicio de abuso o exceso de poder.

La parte actora denunció la configuración del vicio de abuso o exceso de poder porque -en su criterio- nunca existió una base legal que sustentara la negativa de la Administración de aprobar el “Anexo Especial de la Cláusula de Ajuste de Prima por Alta Siniestralidad”, ya que el numeral 2 del artículo 4 de la Ley del Contrato de Seguros no restringe o limita los términos en que las partes contratantes pueden efectuar su contratación.

Al respecto, se tiene que en sentencia N° 1.639 del 3 de octubre de 2007, dictada en el caso: Cámara Venezolana de la Educación Privada contra el Ministerio de Fomento, esta Sala Político Administrativa señaló que el vicio de abuso o exceso de poder tiene lugar cuando:

“(...) en aplicación de una competencia legalmente atribuida se pretende imponer al caso concreto una norma cuyo supuesto de

hecho no coincide con las circunstancias verificadas en la realidad, dándole apariencia de legitimidad al acto. Ese vicio supone que el órgano administrativo haya actuado en franco abuso de las atribuciones conferidas por la norma al dictar un acto en ejercicio excesivo de su potestad (...).

Precisado lo anterior, debe señalarse que, en el sistema jurídico venezolano, en general todo lo referente a la actividad aseguradora se encuentra sujeto a la supervisión, fiscalización y vigilancia del Estado, mediante el órgano legalmente establecido para ello, como lo es la Superintendencia de Seguros, adscrita al hoy Ministerio del Poder Popular para las Finanzas.

El identificado órgano se encarga de regular todo lo relativo a la constitución, funcionamiento y control de la actividad aseguradora y en especial de las empresas de seguros. Este control permanente del Estado, dependiendo del momento en que se ejerce, puede ser: previo (como las autorizaciones que otorga el Estado para promover, constituir y operar las empresas de seguros); de funcionamiento (con la constatación de las condiciones previas en que se fundamentó la autorización para operar); o posterior (como en el caso de revocación de la autorización para operar, de la liquidación y la quiebra).

En tal sentido, y tal como se estableciera en el aspecto analizado precedentemente en este fallo, se observa que en la presente situación la Administración, en ejercicio de su potestad discrecional de policía, le negó a la parte actora la solicitud de autorización de una cláusula de ajuste de la prima por alta siniestralidad, de conformidad con lo establecido en los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Siendo ello así, mal podría considerarse como configurado el vicio de abuso o exceso de poder, ya que la autoridad recurrida realizó su actuación en el marco de lo establecido ex lege, razón por la cual se desestima el presente alegato. Así se declara.

De la denuncia del vicio de inmotivación y de la vulneración del derecho a la defensa.

Las representantes judiciales de la sociedad mercantil recurrente esgrimieron que la Administración le vulneró a su representada el derecho a la defensa, al no exponer en el acto impugnado las razones o motivos de derecho que le llevaron a tomar la decisión adoptada.

En tal sentido, observa la Sala que los actos administrativos, como instrumentos jurídicos, son mecanismos de expresión de la voluntad administrativa, los cuales poseen como característica fundamental la sumisión a una serie de requisitos legales para su validez y eficacia.

A tal efecto, dispone el artículo 18, numeral 5, de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, lo siguiente:

“Artículo 18.- Todo acto administrativo deberá contener:

(...)

5.- Expresión sucinta de los hechos, de las razones que hubieren sido alegadas y de los fundamentos legales pertinentes”.

De la norma anteriormente señalada se desprende el requisito de la motivación de los actos administrativos, entendiéndose por tal, la expresión formal de los supuestos de hecho y de derecho del acto. Por lo tanto, resulta indispensable que los actos administrativos de carácter particular estén dotados de motivación, exceptuando solamente a los de simple trámite o aquellos a los cuales una disposición legal exonere de ella.

Ahora bien, de acuerdo con lo expuesto, todo acto administrativo deberá contener una relación sucinta de los hechos, de las razones que hubieren sido alegadas y de los fundamentos legales pertinentes para entenderse motivado.

En efecto, la motivación viene a instituirse como uno de los principios

rectores de la actividad administrativa, lo cual permite adecuar su función dentro de los límites que la ley le impone. Tal exigencia consiste, y así lo ha sostenido innumerable jurisprudencia de este Alto Tribunal, en que los actos que la Administración emita deberán señalar, en cada caso, el fundamento expreso de la determinación de los hechos que dan lugar a su decisión, de manera que el Administrado pueda conocer en forma clara y precisa las razones fácticas y jurídicas que originaron la resolución, permitiéndole oponer las razones que crea pertinentes a fin de ejercer su derecho a la defensa.

A su vez, se ha reiterado que no hay incumplimiento del requisito de la motivación, cuando el acto no contenga dentro del texto que la concreta, una exposición analítica que exprese los datos o razonamientos en que se funda de manera discriminada, pues un acto administrativo puede considerarse motivado cuando ha sido dictado con base en hechos, datos o cifras concretas y cuando éstos consten efectivamente y de manera explícita en el expediente, considerado en forma íntegra y formado en función del acto de que se trate y de sus antecedentes, siempre que el administrado haya tenido acceso a ellos. (Vid. Sentencias de esta Sala N° 9 y 6.064 del 9 de enero de 2003 y 2 de noviembre de 2005).

En efecto, la inmotivación de los actos administrativos sólo da lugar a su nulidad cuando no permite a los interesados conocer los fundamentos legales y los supuestos de hecho que constituyeron los motivos en que se apoyó el órgano administrativo para dictar la decisión, pero no cuando a pesar de la sucinta motivación, ciertamente permite conocer la fuente legal, las razones y los hechos apreciados por el funcionario.

De tal manera que el objetivo de la motivación es, en primer lugar, permitir a los órganos competentes el control de la legalidad del acto emitido y, en segundo lugar, hacer posible a los Administrados el ejercicio del derecho a la defensa.

.....
**TEMA: AJUSTE DE LA PRIMA POR ALTA SINIESTRALIDAD
EN EL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora como argumento para desaprobar la incorporación de los anexos de ajuste de prima por alta siniestralidad, haya indicado que estaba estudiando la base de cálculo de los mismos para aplicarla de manera obligatoria en el sector asegurador, ello no implicaba de modo alguno su aprobación ni la creación de una expectativa de derecho a las empresas de seguros de la aplicación de dicha cláusula, así como tampoco vulneró la confianza legítima ni una expectativa plausible.

EXTRACTO:

Circunscribiendo el análisis al caso de autos, se observa que la Resolución N° 1.715 dictada el 5 de enero de 2006, señaló lo siguiente:

“(...) El aspecto fundamental de este acto, consiste en analizar la posibilidad de que el recurrente de común acuerdo con el asegurado, pueda establecer en el texto de la póliza de seguros de hospitalización, cirugía y maternidad, una cláusula que le permita efectuar, lo que denomina ajuste de prima por alta siniestralidad. Es importante señalar que en materia de seguros las agravaciones del riesgo se producen cuando por determinados sucesos, ajenos o no a la voluntad del asegurado, el riesgo amparado adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista y que sirvió de base para la tarificación del mismo. Ahora bien, no hay en nuestra legislación vigente una norma específica (sic) aplicable a los seguros de hospitalización, cirugía y maternidad; no obstante, es obvio que no puede considerarse como un suceso de agravación del riesgo las desviaciones de la siniestralidad en relación con su valor medio estimado. Sobre el particular, las empresas aseguradoras cuentan

con mecanismos debidamente aceptados y aplicados por la Superintendencia de Seguros para efectuar el análisis de los riesgos, tales como los exámenes médicos, cuestionarios o declaraciones sobre el estado de salud de (sic) solicitante de una póliza de seguros, lo cual le permita tener conocimiento de los riesgos a cubrir y en base a ello establecer una tarifa equitativa y suficiente, para cuya determinación se utilizan métodos estadísticos. Así se infiere del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, en cuyo artículo 22 y siguientes se establece la obligación del tomador de declarar con exactitud todas las circunstancias por el (sic) conocidas que pueda influir en la valoración del riesgo. Por su parte, la empresa de seguros, una vez efectuado sus estudios sobre las declaraciones del asegurado y si ha tenido conocimiento de la existencia de un hecho no declarado que pudiese influir en la valoración del riesgo, debe participarlo al tomador y tiene la posibilidad de ajustar la tarifa o rescindir el contrato, conforme al procedimiento establecido en el Derecho antes referido. Es oportuno anotar que las disposiciones del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, así como las de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, tienen como fin garantizar la mayor protección del débil jurídico en las convenciones que comercializan las empresas de seguros, tal como se infiere de la exégesis de algunas disposiciones, como por ejemplo el artículo 2° del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, en el cual se determina que “ se entenderán como válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el tomador, el asegurado o el beneficiario o al establecer en el artículo 4° que en caso de ambigüedad en el contenido de las cláusulas del Contrato de Seguros” se interpretará a favor del tomador, de (sic) asegurado o del beneficiario, así como el beneficio a favor de dichos sujetos, que se produzca de la interpretación extensiva de las cláusulas contractuales. En cuanto a lo alegado por la recurrente se pudo observar que es una sola compañía la que cuenta con la autorización, aprobación de la Superintendencia de Seguros, ya que la misma fue publicada ante (sic) de que entrara en vigencia el Decreto con Fuerza de Ley

del Contrato de Seguros de fecha 12 de noviembre de 2001. En este contexto, y fundamentalmente con base en estas motivaciones el legislador ha precisado en el contenido de los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, la obligatoriedad de la aprobación por la Superintendencia de Seguros, de las cláusulas contenidas en los distintos tipos de pólizas de seguros, para cada empresa en particular, e igualmente prohíbe modificar el contenido de las pólizas y de alterar las tarifas sin la previa aprobación de dicho Organismo. Al respecto esta Alzada comparte la decisión emanada de (sic) Superintendencia de Seguros, cuando reitera una vez más que las Cláusulas de Ajuste por Alta Siniestralidad causan un desequilibrio en perjuicio de los tomadores y asegurados”.

Ahora bien, analizada como ha sido la Resolución N° 1.715 dictada el 5 de enero de 2006, pudo esta Sala advertir por una parte, que declaró sin lugar el recurso jerárquico al observar que en materia de seguros no puede considerarse como “un suceso de agravación del riesgo las desviaciones de la siniestralidad por el valor medio estimado”, y por otra parte, se observan los distintos y múltiples alegatos esgrimidos por el recurrente en su recurso jerárquico, los cuales fueron debida y oportunamente analizados por la Administración, sin que con éstos lograra desvirtuar que los mecanismos previstos por la Superintendencia de Seguros son inadecuados para establecer una tarifa equitativa y suficiente en los contratos colectivos de seguros, invocando para ello los artículos 66, 67 y 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Así, en criterio de esta Sala, el acto presenta los principales elementos de hecho y de derecho para fundamentar la decisión que contiene, al precisar el asunto debatido y su principal fundamentación legal, de tal modo que permitió al actor conocer el razonamiento de la Administración que la llevó a tomar la decisión impugnada.

Visto que la Administración recurrida señaló las razones fácticas y jurídicas que le sirvieron de base para negarle a La Oriental de Seguros C.A., la

incorporación en los contratos de seguros colectivos de un anexo de ajuste de prima por alta siniestralidad, debe esta Sala desestimar el presente alegato. Así se declara.

De la denuncia de violación del principio de confianza legítima y la presunción de buena fe.

Alegaron que el acto impugnado lesiona el derecho a la confianza legítima de la recurrente, pues ésta había solicitado en múltiples oportunidades la aprobación de la “Cláusula de Ajuste por Alta Siniestralidad” y “la Superintendencia de Seguros durante cuatro (4) años jamás negó la posibilidad” de que la referida cláusula “pudiera ser utilizada por nuestra representada en la póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, sino que por el contrario más bien creó la expectativa de que dicha cláusula se encontraba en estudio a fin de aprobarla con carácter general y uniforme para todo el mercado asegurador”.

Al respecto, esta Sala observa que cursa al folio 32 del expediente judicial comunicación N° FSS-01-01-1937-10230 de fecha 25 de octubre de 1999, suscrita por la Superintendente de Seguros, en la que le notificó a la recurrente lo siguiente:

“Me dirijo a usted en la oportunidad de contestar su comunicación recibida en esta Superintendencia de Seguros el 06 de octubre de 1999, signada con el N° 14.162, mediante la cual solicita la aprobación del siguiente documento perteneciente al Seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, de la Póliza de Vida Colectiva:

Anexo de Ajuste por Siniestralidad

En relación con lo anterior, participo a usted que esta Dependencia no concede la aprobación solicitada, por cuanto se encuentra actualmente realizando el estudio de las bases que se establecerán para el cálculo del Ajuste de Prima por alta Siniestralidad en el Seguro Colectivo Hospitalización, Cirugía y Maternidad, las cuales tendrán carácter general y uniforme para las empresas de seguros.

De acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 73 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, le comunico que contra la presente decisión podrá interponer el Recurso de Reconsideración previsto en el Artículo 94 ejusdem por ante la Superintendencia de Seguros, dentro de los quince (15) días siguientes a esta notificación”. (Sic). (Resaltado del Texto).

Ahora bien, la confianza legítima constituye la base de una nueva concepción de los vínculos que existe entre el poder público y los ciudadanos, cuando a través de su conducta, revelada en sus declaraciones, actos y doctrina consolidada, se pone de manifiesto una línea de actuación que la comunidad o sujetos específicos de ella esperan se mantenga. Este principio alude así a la situación de un sujeto dotado de una expectativa justificada de obtener una decisión favorable a sus intereses.

En sentencia N° 514 de fecha 3 de abril de 2001, esta Sala indicó que una muestra significativa de la consagración del principio de confianza legítima en nuestro ordenamiento jurídico es:

“El artículo 11 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, brevemente analizado, es considerado como uno de los ejemplos más significativos en la legislación venezolana, del principio de la confianza legítima, con base en el cual, las actuaciones reiteradas de un sujeto frente a otro, en este caso de la Administración Pública, hacen nacer expectativas jurídicas que han de ser apreciadas por el juez y justamente, los criterios administrativos, si bien pueden ser cambiados, son idóneos para crear tales expectativas”.

De tal manera, que uno de los principios que rige la actividad administrativa es el principio de confianza legítima, el cual se refiere a la concreta manifestación del principio de buena fe en el ámbito de la actividad administrativa y cuya finalidad es el otorgamiento a los particulares de garantía de certidumbre en sus relaciones jurídico-administrativas. (Vid. sentencia de esta Sala N° 1.171 del 4 de julio de 2007).

Juzga este Órgano Jurisdiccional que, si bien la Superintendencia utilizó como argumento, para desaprobar la incorporación del referido anexo en los contratos de seguros de la parte actora, que estaba estudiando la base de cálculo del ajuste de la prima por alta siniestralidad para aplicarla de manera obligatoria en el sector asegurador, ello no implicaba de modo alguno su aprobación ni la creación de una expectativa de derecho a las empresas de seguros de la aplicación de dicha cláusula.

En consecuencia, debe esta Sala declarar que en el presente caso no se ha vulnerado el principio de la confianza legítima. Así se declara.

De la denuncia de vulneración del derecho a la igualdad.

Las apoderadas judiciales de la sociedad mercantil recurrente señalaron que a su representada se le vulneró su derecho constitucional a la igualdad ya que otra aseguradora, a saber, la empresa Multinacional de Seguros, C.A., tiene la autorización de la Superintendencia de Seguros para aplicar la cláusula de “Ajuste por Alta Siniestralidad”.

A los efectos de analizar la presente denuncia cabe reiterar lo expresado por esta Sala con relación a la vulneración del derecho a la igualdad contemplados en el artículo 21 de la Constitución:

“(…), resulta menester señalar que el derecho a la igualdad debe interpretarse como aquel que tienen todos los ciudadanos a que no se establezcan excepciones o privilegios que excluyan a unos de lo que se concede a otros; asimismo, ha precisado la jurisprudencia que la discriminación también existe cuando situaciones análogas o semejantes se deciden de manera distinta o contraria sin aparente justificación. Es por ello, que se ha sostenido que, para acordarse la tutela requerida en caso de violación del invocado derecho, resulta necesario que la parte presuntamente afectada demuestre la veracidad de sus planteamientos, toda vez que sólo puede advertirse un

trato discriminatorio en aquellos casos en los cuales se compruebe que frente a circunstancias similares y en igualdad de condiciones, se ha manifestado un tratamiento desigual”. (Vid. Sentencias de esta Sala Nros. 51, 587, 1.450 del 15 de enero de 2003, 7 de junio de 2006 y 24 de abril de 2007, respectivamente).

Siendo así, se colige que, en toda denuncia dirigida a demostrar la vulneración del derecho a la igualdad, la parte que lo alega debe probar que estando en un mismo supuesto fáctico y jurídico, la Administración le dio un tratamiento diferente.

En el presente caso, esta Sala observa que cursa al folio 53 del expediente judicial comunicación de fecha 11 de diciembre de 2003, suscrita por el Presidente Ejecutivo de la sociedad mercantil La Oriental de Seguros, C.A., en la que le solicitó a la Administración la aprobación del anexo especial contentivo de la cláusula de ajuste por alta siniestralidad, “cuyo texto es idéntico al texto del anexo que actualmente utiliza la empresa Multinacional de Seguros, aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 3320 de fecha 02 de noviembre de 1994”.

Igualmente, se constata que, en la Resolución impugnada, cursante a los folios 96 al 101 del expediente judicial, el Ministerio recurrido señaló “que es una sola compañía la que cuenta con la autorización, aprobación de la Superintendencia de Seguros, ya que la misma fue publicada ante (sic) de que entrara en vigencia el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros (sic) de fecha 12 de noviembre de 2001”.

Ahora bien, respecto al particular denunciado por la recurrente, esta Sala forzosamente debe declarar su improcedencia, habida cuenta que mal puede reputarse como violatoria del derecho a la igualdad, una situación que, como precedentemente se ha observado en el presente fallo, implica un perjuicio para los tomadores o beneficiarios de los contratos de seguros y, por ende, comporta una afectación negativa del mercado asegurador.

De modo, que en el caso de autos la parte actora no se encuentra en una posición protegida por el ordenamiento jurídico que permita considerar vulnerado su derecho a la igualdad.

En este sentido, valga adicionalmente destacar con especial relevancia que, por notoriedad judicial, respecto de quien la accionante exige un trato paritario, esto es, frente a la compañía Multinacional de Seguros, se constata que mediante acto administrativo N° 000620 dictado el 31 de julio de 2003 por la Superintendencia de Seguros, se ordenó la revisión de oficio de la Resolución N° 3.466 de fecha 16 de julio de 1993, que autorizó a la última de las sociedades mercantiles mencionadas el “uso de las condiciones generales, más anexo de cobertura de maternidad para la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad, a los fines de establecer la validez de la cláusula de ajuste por alta siniestralidad”. (Vid. sentencia de esta Sala N° 1.300 de fecha 26 de julio de 2007).

Lo relatado, en definitiva, determina que esta Sala deba desestimar la denuncia analizada en este punto. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00699.

FECHA: 21 de mayo de 2009.

PARTES: Multinacional de Seguros C.A, contra el Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas. (Sala Accidental).

.....

**TEMA: RECHAZO GENÉRICO. DOS PÓLIZAS, UN
“IMPLANTE DE SENOS” Y EL PAGO DEL REMANENTE
NO CANCELADO**

Máxima: la aseguradora no contaba con elementos suficientes para considerar que el siniestro no se encontra-

ba amparado por la cobertura contratada, por tratarse, según su criterio, de una cirugía plástica u ortopédica, lo cual representa un artificio a los fines de evitar el pago de la indemnización correspondiente, siendo posiblemente la verdadera razón para negar la misma que el asegurado decidió no renovar el contrato de seguro.

Máxima: no basta que la empresa aseguradora indique al asegurado que su siniestro ha sido rechazado, sino que es necesario que señale expresamente tanto las razones de hecho como las de derecho en las cuales basó su negativa, a fin de que el asegurado o beneficiario de la póliza pueda ejercer cabalmente su derecho a la defensa.

EXTRACTO:

Denuncian que el acto impugnado al revocar la decisión de la Superintendencia de Seguros, en lo atinente a la inexistencia del supuesto retardo, “basa su decisión en un falso supuesto, ya que asevera que [su] representada nunca notificó las causas del rechazo, cuando del expediente administrativo, instruido por la Superintendencia de Seguros, y según lo establecido por el referido organismo en la Providencia 2072 de fecha 21 de agosto de 1998, se evidencia que si existió notificación escrita de las causas del rechazo (...)”. (Agregado de la Sala).

Señalan, que su representada si notificó las causas del rechazo “lo que no se hizo fue una carta formal (...)”.

Ahora bien, respecto al vicio de falso supuesto, esta Sala ha establecido de manera reiterada que éste se configura de dos maneras diferentes: la primera, relativa al falso supuesto de hecho, cuando la Administración al dictar un acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el asunto objeto de decisión; la segunda,

cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar el acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo para fundamentar su decisión, lo cual incide decisivamente en la esfera de los derechos subjetivos del administrado; caso en el cual se está en presencia de un falso supuesto de derecho (Vid. sentencia de esta Sala No. 01640 de fecha 3 de octubre de 2007).

En este sentido, observa la Sala que el ciudadano Beni Brik, denunciante en sede administrativa, señaló ante la Superintendencia de Seguros lo siguiente:

“(...)

Luego de planteada la correspondiente reclamación del siniestro a la empresa MULTINACIONAL DE SEGUROS, nuestro productor de seguros (...) fue informado verbalmente del rechazo del reclamo planteado y ante nuestra insistencia la empresa aseguradora a pesar de contar en su poder con el resultado del informe de patología expedido por el Instituto Médico La Floresta, requirió la comparecencia personal de la paciente para ser examinada por los médicos de MULTINACIONAL DE SEGUROS a fin de verificar la veracidad de nuestros planteamientos.

Al respecto dimos cumplimiento a todos los requerimientos de la empresa, (...) y posteriormente la empresa continuó con su actitud evasiva y sólo fue mediante la intervención de nuestro abogado (...) que se dignaron a expedir una respuesta escrita, contenida en un lacónico informe distinguido con el número 5027 de fecha 31 de julio de 1996 (...). (Resaltado de la Sala).

2. Al folio 58 del expediente administrativo consta el INFORME SOBRE RECLAMO N° 5027 del 25 de julio de 1996, emitido por la sociedad mercantil Multinacional de Seguros C.A., el cual indica en su anverso lo que sigue:

“INFORME SOBRE RECLAMO

Multinacional de Seguros N° 5027

FECHA: 25/07/96.

Póliza N° 34-13620

TITULAR Beni Brik

BENEFICIARIO El titular

FECHA DE RECEPCIÓN 8/7/96

El reclamo en referencia ha sido considerado APLAZADO por la siguiente causa

OTROS (Véase observaciones)

OBSERVACIONES Citar al paciente con mamografía y eco mamario”.

Y el reverso señala lo siguiente:

“Cerciorar si:

1. Se anuló orden en sistema.
2. NO PROCEDE Numeral 14, literal 26/07/96”.

3. Igualmente cursa al folio 59 del expediente administrativo el “INFORME SOBRE RECLAMO” N° 5027 del 31 de julio de 1996, emitido por la sociedad mercantil Multinacional de Seguros C.A., el cual indica lo que sigue:

“INFORME SOBRE RECLAMO

Multinacional de Seguros N° 5027

FECHA: 31/07/96

Póliza N° 34-13620

TITULAR Beni Brik

BENEFICIARIO El titular

FECHA DE RECEPCIÓN 8/7/96

El reclamo en referencia ha sido considerado RECHAZADO

Véase observaciones

OBSERVACIONES Numeral ‘14’ literal ‘L’”. (Sic).

Las transcripciones efectuadas corresponden a documentos internos de la empresa Multinacional de Seguros, a través de los cuales se intercambia información entre sus dependencias con relación al siniestro reclamado por el ciudadano Beni Brik.

Del último de los “INFORMES SOBRE RECLAMO” reseñados, fue que tuvo conocimiento el denunciante en forma escrita del rechazo de su siniestro; sin embargo, se observa que el referido documento no cumple con los requisitos contemplados en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

En efecto, en el referido “INFORME SOBRE RECLAMO” la sociedad mercantil Multinacional de Seguros se limitó a indicar, por una parte, que consideraba el reclamo en referencia “RECHAZADO” y por el otro remite a las observaciones, en las cuales señaló “Numeral ‘14’ literal ‘L’”. Cabe destacar que éste es una segunda versión del mismo informe No. 5027, ya que el primero con esa misma numeración de fecha 25 de julio de 1996, consideraba “aplazado” el siniestro.

Ahora bien, con relación a la forma en que deben ser rechazados los siniestros por parte de las empresas aseguradoras, la Sala sostuvo en la Sentencia N° 00775 publicada el 23 de mayo de 2007, lo siguiente:

“De tal forma que, a través del párrafo cuarto del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, se prohíbe el rechazo de forma genérica de los siniestros por parte de las empresas aseguradoras, el cual se verifica cuando la empresa de seguros emite una respuesta negativa dentro del plazo establecido en el párrafo segundo de la norma (30 días hábiles), pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate. (Vid, entre otras, sentencia de esta Sala N° 01441 del 6 de junio de 2006)”.

En este sentido, observa esta Sala que la empresa recurrente “notificó” al denunciante del rechazo del siniestro, haciéndole entrega de una copia del “INFORME SOBRE RECLAMO” No. 5027 de fecha 31 de julio de 1997 (folio 5 del expediente administrativo), el cual, como se señaló anteriormente, se fundamentó en un argumento escueto e insuficiente, pues la

sociedad mercantil Multinacional de Seguros, C.A. se limitó a hacer referencia al Numeral '14' literal 'L de la póliza de seguros, el cual prevé la posibilidad de la empresa aseguradora de eximirse de la responsabilidad de pagar gastos en los cuales incurran los asegurados, cuando se trate de cirugías plásticas (cosmética o reconstructiva), ortopédicas y correctivas de lesiones o defectos pre-existentes a la suscripción de la póliza.

En efecto, la recurrente hizo mención en el referido Informe a la cláusula que aplicó para rechazar el siniestro ocurrido a la ciudadana Miriam de Brik, pero no señaló los motivos que la llevaron a tomar tal decisión, aunado al hecho de que el referido documento no es una notificación en el sentido dado por el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros sino un documento interno de la empresa.

Es importante destacar que no basta que la empresa aseguradora indique al asegurado que su siniestro ha sido rechazado, sino que es necesario que señale expresamente tanto las razones de hecho como las de derecho en las cuales basó su negativa, a fin de que el asegurado o beneficiario de la póliza pueda ejercer cabalmente su derecho a la defensa.

En razón de las anteriores consideraciones de desecha el alegato de falso supuesto de hecho denunciado. Así se decide.

.....

SENTENCIA: 00703.

FECHA: 21 de mayo de 2009.

PARTES: Multinacional de Seguros C.A., contra el Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas.

.....

**TEMA: COBRO DE PAPELERÍA EN LA RENOVACIÓN DEL
CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: el cobro de papelería, como erogación, se causa con la emisión de la póliza, por cuanto en tal oportunidad la empresa debe entregar al asegurado el condicionado general y particular del contrato, hecho generador de los referidos gastos, razón por la cual se consideró a tal cargo como único, no existiendo la posibilidad de exigirlo en las renovaciones.

EXTRACTO:

En el presente caso el apoderado judicial de la sociedad de comercio Multinacional de Seguros, C.A. solicitó la nulidad de la Resolución N° 4366 del 11 de enero de 1999, dictada por la -entonces-Ministra de Hacienda, que declaró sin lugar el recurso jerárquico ejercido por la accionante contra la Providencia N° 000158 del 3 de febrero de 1998, emanada de la Superintendencia de Seguros, la cual, a su vez, declaró sin lugar el recurso de reconsideración intentado por ésta contra la Providencia N° 000888 del 14 de octubre de 1996, que le sancionó con multa por la cantidad de dos millones quinientos mil bolívares (Bs. 2.500.000,00), actualmente expresados en dos mil quinientos bolívares (Bs. 2.500,00), y acordó la cancelación de la póliza N° 32-01-017257 suscrita con el ciudadano Jorge Anyelo Agraz, ordenando devolver al asegurado, a prorrata, el monto de la prima no consumida correspondiente al período del contrato que faltaba por transcurrir, de conformidad con la tarifa aprobada por esa Superintendencia.

Ahora bien, de la revisión emprendida a las actas que integran el expediente administrativo, no se desprende que la empresa Multinacional de Seguros, C.A., en ejercicio de su legítimo derecho a la defensa, se haya hecho parte en dicho procedimiento administrativo, esto es, que no impugnó ni desconoció tempestivamente el documento adjuntado por el ciudadano Jorge Anyelo Agraz, por lo que, en criterio de esta Sala, la Superintendencia de Seguros actuó conforme a derecho al valorar el referido instrumento como prueba fehaciente del cargo por concepto de gastos de emisión realizado al denunciante.

En efecto, si bien la Administración tiene la obligación de probar los hechos con base a los cuales considera que es procedente la aplicación de una determinada sanción, ello sin embargo no implica que el administrado no tenga la carga de traer al expediente administrativo pruebas que permitan demostrar la licitud de su actuación.

En el caso de autos, la carga probatoria de la actuación ilícita imputada a la empresa aseguradora denunciada, que correspondía atender a la Superintendencia de Seguros, fue cabalmente satisfecha por el propio denunciante, quien consignó oportunamente el cuadro recibo de la póliza donde consta el cargo efectuado a título de gastos de emisión, documento que, se reitera, no fue en modo alguno cuestionado por Multinacional de Seguros, C.A.

Por tanto, estima esta Sala que en el presente caso no se vulneró el axioma sub examine, ya que la sanción impuesta por el organismo administrativo no se sustentó en una presunción de culpabilidad a priori como lo alegó la recurrente, sino que, por el contrario, se fundamentó en los elementos probatorios cursantes en los autos y en su correspondiente valoración. Así se establece.

2.- Por otra parte, el representante judicial de la accionante arguyó que el acto impugnado está inficionado de los vicios de falso supuesto de hecho y de derecho al considerar que Multinacional de Seguros, C.A. alteró una tarifa previamente aprobada por la Superintendencia de Seguros.

Con relación a este aspecto manifestó que “cuando [su] representada realizó el cobro del cual se quejó el señor Anyelo estaba autorizada para hacerlo y, además, dicho cobro se llevó a cabo dentro de los límites aprobados por la Superintendencia de Seguros”.

Añadió, que la sanción impuesta no podía tener como fundamento lo dispuesto en el artículo 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros,

toda vez que Multinacional de Seguros, C.A. no alteró la tarifa preestablecida por la Superintendencia de Seguros, sino que, por el contrario, lo que pudo haber hecho es un cobro no autorizado; de allí que “la Providencia contra la cual hoy [recurren], carece de base legal y, al propio tiempo incurre en un falso supuesto y falsa aplicación del mencionado texto legal”.

Antes de entrar a examinar la procedencia de la presente delación, se estima oportuno revisar la doctrina desarrollada por esta Sala respecto del vicio de falso supuesto en sus dos conocidas manifestaciones.

El falso supuesto de hecho ha sido interpretado como un vicio que tiene lugar cuando la Administración se fundamenta en hechos inexistentes, o que ocurrieron de manera distinta a la apreciación efectuada por el órgano administrativo. El falso supuesto de derecho, en cambio, opera cuando la Administración se fundamenta en una norma que no es aplicable al caso concreto o cuando le da un sentido que ésta no tiene. En ambos casos, se trata de un vicio que, por afectar la causa del acto administrativo, acarrea su nulidad, por lo cual es necesario examinar si la configuración del acto administrativo se adecuó a las circunstancias de hecho probadas en el expediente administrativo y, además, si se dictó de manera que guardara la debida congruencia con el supuesto previsto en la norma legal. contrato de seguros no puede considerarse como un nuevo contrato, en consecuencia, no pueden generarse los gastos autorizados por la Superintendencia de Seguros, los cuales tienen origen en la celebración del contrato de seguros, en el cual el asegurador está en la obligación de entregar al asegurado, el condicionado general y particular de la póliza, ocasionándose una serie de gastos y para cubrir estos gastos es que se otorgó la autorización a la empresa MULTINACIONAL DE SEGUROS C.A. Así se decide. (...). (Resaltado del fallo citado).

Al efecto, en el acto administrativo impugnado se estimó lo siguiente:

“Al respecto, es de considerarse que la Superintendencia de Seguros al autorizar a la recurrente para hacer el cobro, se le fue otorgado en los términos por la cual se efectúa a los asegurados por el concepto de papelería como un cargo único, en sentido de que el mismo sólo puede ser cobrado una única vez al asegurado por la póliza contratada.

(Omissis)

La Superintendencia de Seguros al aplicar los criterios de la Doctrina anterior para autorizar a Multinacional de Seguros, fue realizada dentro de los límites, mínimos y máximos comprendido del salario mínimo urbano, y considero la renovación como parte integrante de la prima comercial.

(Omissis)

De lo anterior se evidencia que la Superintendencia de Seguros actuó dentro de los límites de su competencia, por tal razón es improcedente que [ese] Despacho acuerde la solicitud hecha por Multinacional de Seguros de concederle autorización para el cobro de la renovación del contrato como un cargo distinto a la prima, ya que sería aplicar criterios distintos al Organismo encargado de regular la actividad aseguradora”. (Resaltado de esta Sala).

Como puede colegirse de los términos en que fue otorgada la autorización a Multinacional de Seguros, C.A., el cobro que se efectúa a los asegurados por el concepto de gastos de emisión o papelería, fue aprobado por la Superintendencia de Seguros como un cargo único, en el sentido que sólo puede ser cobrado una vez al asegurado por la póliza convenida.

Cabe señalar, que esta erogación se causa con la emisión de dicho documento, por cuanto en tal oportunidad la empresa debe entregar al asegurado el condicionado general y particular del contrato, hecho generador de los referidos gastos, razón por la cual se consideró a tal cargo como único, no existiendo la posibilidad de exigirlo en las renovaciones.

Lo anterior quiere significar que, tal como se señaló en el acto recurrido, cuando la Superintendencia de Seguros autorizó a la empresa aseguradora lo hizo con base a un cargo por concepto de gastos de emisión de la póliza, lo que generó que la prima comercial se incrementara, en tanto que dicho importe es parte integrante de aquélla. (Vid., sentencia de esta Sala N° 00378 del 21 de abril de 2004).

Por consiguiente, considera la Sala que la Superintendencia actuó conforme a derecho al establecer que la empresa Multinacional de Seguros, C.A. había incurrido en violación del artículo 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, según el cual las empresas de seguros no podrán alterar las tarifas de prima aprobadas sin la previa autorización de la Superintendencia, al cobrar una comisión por concepto de gastos de emisión al momento de la renovación de póliza contratada con el ciudadano Jorge Anyelo Agraz. Así se establece.

Como consecuencia de lo antes expuesto, carece igualmente de sustento jurídico la alegación del vicio de ausencia de base legal, puesto que, como se ha analizado, la sanción impuesta a la recurrente tuvo como fundamento legal la infracción del imperativo contenido en el artículo 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, siendo que la potestad de la Superintendencia de Seguros para imponer la sanción de multa, se encuentra expresamente tipificada en el literal b) del artículo 169 *eiusdem*. Así se establece.

3.- En otro contexto, el apoderado actor esgrimió que la Resolución recurrida incurrió en el vicio de falso supuesto “y violación a los principios de la cosa juzgada administrativa y de la buena fe al considerar que los gastos de emisión autorizados forman parte de la prima”. (Negrillas del escrito recursivo).

Argumentó, al efecto, que el acto autorizatorio emitido por la Superintendencia de Seguros, donde se habilitó a Multinacional de Seguros, C.A.

para cobrar un cargo a título de gastos de emisión, creó en cabeza de dicha empresa un “interés personal, legítimo y directo”; de allí que, en virtud de lo establecido en el artículo 82 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, no podía ser desconocido, revocado o modificado, pues con ello “estaría resolviendo sobre un caso precedentemente decidido con carácter definitivo”.

Expresó que, en virtud “del principio de la buena fe de la Administración, [su] representada tenía la confianza legítimamente protegible, de que la Superintendencia respetara el acto administrativo contenido en el Oficio N° 1.287, contentivo de la autorización antes mencionada”. (SIC).

.....

**TEMA: SEGUROS. ACTIVIDAD SECTORIAL. GASTO DE
PAPELERÍA**

Máxima: la actividad de las empresas de seguros está sometida a un ordenamiento jurídico sectorial que impone importantes limitaciones a los particulares que deciden participar en la misma, cuyas restricciones son aplicables en atención a los intereses públicos involucrados. Uno de estos controles es la facultad que tiene la otrora Superintendencia de Seguros para fijar con carácter general y uniforme las tarifas de las pólizas.

Máxima: el gasto de papelería no puede ser cobrado en las renovaciones de una misma póliza, ya que éstas no configuran un nuevo contrato de seguro que genere gastos adicionales por concepto de papelería, sino que se trata del mismo contrato extendido en su vigencia.

EXTRACTO:

Respecto a esta denuncia se debe puntualizar que la actividad de las em-

presas de seguros está sometida a un ordenamiento jurídico sectorial que impone importantes limitaciones a los particulares que deciden participar en la misma, restricciones que son aplicadas en atención a los intereses públicos involucrados. Uno de estos controles, como se precisó con antelación, es la facultad que tiene la Superintendencia de Seguros para fijar con carácter general y uniforme las tarifas de las pólizas, tal como lo dispone el artículo 66 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Es precisamente por ese mismo motivo, que tal gasto no puede ser cobrado en las renovaciones de una misma póliza, ya que éstas, como se ahondará más adelante, no configuran un nuevo contrato de seguro que genere gastos adicionales por concepto de papelería, sino que se trata del mismo contrato extendido en su vigencia.

Conviene destacar que este criterio administrativo viene siendo sostenido por la Superintendencia de Seguros desde el año 1984, y tuvo su génesis en la autorización concedida por ese organismo a la empresa Seguros Cordillera, C.A., actualmente Multinacional de Seguros, C.A., donde se aprobó por ese mismo concepto -gastos de emisión- el cobro a los asegurados de la suma de doscientos bolívars (Bs. 200,00), que actualmente representan veinte céntimos de bolívar.

Por consiguiente, al circunscribirse la autorización concedida por la Superintendencia de Seguros únicamente a los gastos de papelería para la emisión de la póliza, mal podrían haberse quebrantado los principios de la cosa juzgada administrativa y la buena fe del administrado, ya que en ningún momento se aprobó el cobro por tal concepto en las sucesivas renovaciones de las pólizas y, por ende, no se creó ningún derecho subjetivo para la recurrente en este sentido. Así se establece.

4.- Manifestó el apoderado de la recurrente, que el acto impugnado adolece del vicio de falso supuesto “y errónea interpretación de la autorización concedida a Multinacional de Seguros, C.A.”. (Resaltado del texto citado).

Al respecto, adujo que la Superintendencia de Seguros “limitó la esfera de lo debatido a discutir si la renovación es o no un nuevo contrato, cuando dijo que no se sancionó a Multinacional de Seguros, C.A. por el cobro sino por hacerlo en las renovaciones”; esto es, que “nunca se puede tratar de una alteración de tarifas y, debido a ello ya el proceso no tenía razón de ser”.

Enunció, que la Superintendencia de Seguros erró al considerar que la renovación es un acuerdo de las partes que tiene por objeto ampliar la vigencia del contrato preexistente y que, por consiguiente, no constituye un nuevo contrato, ya que versa únicamente sobre una de las condiciones particulares de la póliza, a saber, la prevista en el ordinal 6° del artículo 550 del Código de Comercio.

En ese sentido, afirmó que es “posible que el instrumento sea un anexo, pero el acuerdo que él contiene es un nuevo y verdadero contrato “, ya que una cosa “es el pacto o acuerdo de voluntades y otra el documento que lo recoge”.

Asimismo, señaló que “no es cierto como dice el acto recurrido que el interés asegurable y el riesgo siguen siendo los mismos”; que tal aseveración constituye un “falso supuesto al considerar que la renovación es el mismo contrato con un simple anexo”.

Infiere esta Sala, que la presente delación tiene por fin objetar el criterio sostenido en el acto administrativo recurrido, según el cual la renovación de la póliza no constituye un nuevo contrato de seguro, sino una simple extensión de un convenio preexistente.

Según la parte actora, cuando es formalizada la renovación del contrato de seguros el convenio previo se extingue, constituyendo en realidad la emisión de una nueva póliza, por lo que la autorización otorgada a Multinacional de Seguros, C.A., al referirse al cobro de un cargo único por concepto de gastos de emisión, aludía en realidad tanto a la emisión de

una póliza originaria, como a la emisión de una póliza con ocasión de la extinción del contrato de seguros anterior.

Frente a este argumento, la Sala considera pertinente recalcar la doctrina sentada en la sentencia N° 378/2004 antes invocada, según la cual:

“(...) para esta Sala la renovación del contrato de seguros no puede considerarse como un nuevo contrato, en consecuencia, no pueden generarse los gastos autorizados por la Superintendencia de Seguros, los cuales tienen origen en la celebración del contrato de seguros, en el cual el asegurador está en la obligación de entregar al asegurado, el condicionado general y particular de la póliza, ocasionándose una serie de gastos y para cubrir estos gastos es que se otorgó la autorización a la empresa MULTINACIONAL DE SEGUROS C.A. Así se decide. (...)”. (Resaltado del fallo citado).

De acuerdo con la jurisprudencia in commento, se concluye que la autorización otorgada por la Superintendencia de Seguros a la empresa Multinacional de Seguros, C.A. mediante el oficio N° 001286 del 3 de julio de 1995, solamente la habilitó para cargar a sus asegurados un cobro por concepto de gastos de papelería, que se generan por virtud de la emisión y entrega al tomador del condicionado general y particular de la póliza contratada; erogaciones que, como se ha examinado, constituyen parte de la prima comercial.

Por consiguiente, siendo que dichos gastos se verifican exclusivamente cuando se emite la póliza, necesario es concluir que no pueden ser exigibles cuando únicamente lo que las partes pretenden es renovar la vigencia de la misma póliza previamente contratada.

Coincide así esta Sala con el criterio sostenido por la Superintendencia de Seguros, cuando determinó que la renovación no constituye un nuevo contrato y, en consecuencia, no da origen a la emisión de una nueva póliza de seguro, ya que en tal caso la voluntad de las partes solamente se limita a

modificar uno de los elementos de la póliza, cual es, de conformidad con el ordinal 6° del artículo 550 del Código de Comercio -aplicable *ratione temporis*-, "...La época en que principian y en que concluyen los riesgos para el asegurador"; extendiéndola en su vigencia, pero sin modificar, por ello, el riesgo ni el interés asegurable como lo afirmó la accionante.

En apoyo de tal afirmación, y aplicando tal postulado al caso *sub iudice*, se observa que al folio 15 del expediente administrativo corre inserto cuadro recibo de la póliza N° 32-01-017257 expedida por Multinacional de Seguros, C.A. a favor del ciudadano Jorge Anyelo Agraz, para asegurar el vehículo de su propiedad previamente descrito en líneas anteriores, de la cual se desprende la contratación del seguro para el período comprendido entre el 26 de abril de 1994 y el 26 de abril de 1995, con fecha de emisión 27 de abril de ese mismo año.

Sin embargo, del cuadro recibo de póliza que cursa al folio 6 del expediente administrativo, adjuntado por el mencionado ciudadano a su escrito de denuncia, se deduce la extensión de la misma póliza N° 32-01-017257, pero para el período a discurrir entre el 14 de junio de 1996 y el 14 de junio de 1997, lo cual sin lugar a dudas demuestra que la expedición de este documento trata de una simple renovación de una sola póliza de seguros y no configuró en modo alguno la celebración de un nuevo contrato que generara la emisión de una póliza distinta, de allí que mal pudo pretender cobrar al asegurado cargo alguno por concepto de gastos de emisión.

Partiendo de tal premisa, resulta incuestionable que en el presente caso la renovación in commento constituye un anexo de la póliza, contenido de una estipulación tendente a extender la vigencia de las obligaciones adquiridas por éstas al tiempo de contratar el seguro, a saber, la obligación de pagar la prima -de parte del tomador- y la obligación de asumir el riesgo y pagar la indemnización en caso de siniestro -deber del asegurador-.

Por otra parte, se debe aclarar que el riesgo y el interés asegurable a que se refiere la renovación de la póliza contratada por el ciudadano Jorge Anye-

lo Agraz, seguían siendo los mismos que existían al tiempo de contratarse el seguro.

En efecto, siendo el riesgo el grado de probabilidad de que el siniestro ocurra, y visto que la póliza bajo análisis tenía por objeto asegurar un vehículo propiedad del mencionado ciudadano, el cual por su naturaleza constituye un bien mueble sujeto a los riesgos propios de la circulación en el parque automotor nacional y a su deterioro paulatino en razón del uso, es obvio que no hubo variación alguna en torno a los riesgos a los que dicho bien estaba expuesto tanto al momento de contratarse la póliza, como al tiempo de su renovación.

En el caso sub iudice, ese interés no es otro que precaver los posibles siniestros que pudiera sufrir la cosa -automóvil- asegurada; y se extiende no sólo a la contratación del seguro, sino a su renovación, ya que esta última expresa por sí misma la voluntad lícita del tomador de amparar su vehículo contra los riesgos a los que se encontraba expuesto.

En consecuencia, deviene imperativo para esta Sala declarar improcedente la presente denuncia. Así se declara.

5.- Finalmente, el representante judicial de la accionante alegó que la Resolución impugnada ocasionó la “Violación al derecho a no ser sancionado sin haber sido notificado de todos los cargos (Artículo 60, numeral quinto de la Constitución); del derecho de defensa y del debido proceso (Artículo 68 eiusdem)”. (Destacado del escrito copiado).

Al respecto, alegó que “si la propia Superintendencia dice que no se le sancionó (...) sino por hacer un cobro en las renovaciones, lo único precedente era dar por terminado el procedimiento y, de creerlo precedente, abrir otro para determinar si el cobro en las renovaciones era pasible o no de sanción” (sic); por lo que, a su juicio, “se quebrantó el derecho a la defensa, el derecho al debido proceso y, como consecuencia, se juzgó a [su] representada por hechos para los cuales no se le habían formulado cargos”.

En cuanto a la denuncia, advierte la Sala que en el auto de apertura de la averiguación administrativa N° 000577 del 12 de agosto de 1996, la Superintendencia de Seguros dejó expresamente establecido como motivación para abrir el procedimiento lo siguiente:

“(…) Visto que en fecha 18 de julio de 1996, mediante escrito signado con el número 6722 de [su] control interno de correspondencia, el ciudadano Jorge Anyelo Agraz, titular de la Cédula de Identidad número V-1.716.827, interpuso formal denuncia ante esta Superintendencia de Seguros en contra de la empresa Multinacional de Seguros, C.A.

Visto que los hechos denunciados podrían constituir violación al artículo 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros que establece en su encabezado (…)

Visto que los hechos denunciados podrían configurar igualmente violación de la Providencia Administrativa número HSS-200-A-401/001287 de fecha 03 de julio de 1995, en donde se le autoriza a la empresa antes mencionada para efectuar un cargo único en la emisión de las pólizas por concepto de gastos de documentación y papelería en aquellos ramos en donde sus tarifas no estén aprobadas con carácter general y uniforme por esa Superintendencia de Seguros, se ordena:

PRIMERO: La apertura de una averiguación administrativa en contra de la empresa Multinacional de Seguros, C.A., a objeto de determinar si existe violación del artículo 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros (…). (SIC). (Resaltado del texto citado; subrayado de esta Sala).

Como puede colegirse del fragmento del auto de apertura transcrito supra, la Superintendencia sí determinó expresamente la causa que motivó el inicio de tal averiguación administrativa, al establecer que los hechos denunciados por el ciudadano Jorge Anyelo Agraz podrían constituir no

sólo violación al artículo 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, sino también a la autorización “número HSS-200-A-401/001287 de fecha 03 de julio de 1995”, por lo que ordenó la notificación a la sociedad mercantil Multinacional de Seguros, C.A. para que ejerciera su derecho a la defensa.

No obstante, la recurrente sostuvo que fue violado su derecho a la defensa por cuanto el procedimiento abierto en sede administrativa debió darse por terminado, ya que no tenía por objeto la determinación de si el cargo por gastos de emisión podía ser cobrado o no en las renovaciones, en cuyo caso -adujo- se debió abrir otra averiguación para establecer si tal cobro era o no susceptible de sanción.

Al efecto, se debe indicar que la recurrente parte de una premisa errónea al argüir que la instrucción del procedimiento administrativo no tuvo por objeto examinar la licitud del cobro realizado por Multinacional de Seguros, C.A. a título de gastos de emisión en la renovación de la póliza acordada con el ciudadano Jorge Anyelo Agraz, ya que, se recalca, la Superintendencia de Seguros fue suficientemente enfática al señalar que los hechos denunciados podrían constituir una violación del imperativo contemplado en el artículo 68 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, según el cual las empresas de seguros no podrán alterar las tarifas aprobadas sin la previa autorización de esa Superintendencia, así como de la autorización contenida en el oficio N° 001286 del 3 de julio de 1995.

Es de entender, que el fundamento de esta errada apreciación deriva de la incorrecta tesis sostenida en el escrito recursivo, relativa a que el cargo a título de gastos de emisión no debe ser considerado como tarifa de prima sino como “un cobro no autorizado”; postura que ha sido suficientemente tratada y descartada en este fallo, al quedar determinado expresamente que dicho cargo constituye parte de la prima comercial.

Además de lo anterior, de la revisión efectuada a las actas que integran el expediente administrativo, no se advierte que a la empresa Multinacional

de Seguros, C.A. se le hayan quebrantado sus derechos a la defensa y a un debido proceso, así como a ser notificada de los hechos que se le imputaron en la denuncia, antes bien, fue válidamente notificada del comienzo del procedimiento y en el auto de apertura de la averiguación se determinó expresamente los hechos que motivaron su iniciación, razón por la cual se desestima tal denuncia. Así se establece.

Con fundamento en lo expuesto, esta Sala debe declarar sin lugar el recurso contencioso administrativo de nulidad interpuesto. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.00422.

FECHA: 29 de junio de 2009.

PARTES: Sol Ángel Plazas Grass contra Compañía Nacional Anónima de Seguros La Previsora.

.....

**TEMA: CUALIDAD ACTIVA Y TITULARIDAD ACTIVA PARA
LA DEFENSA DERECHOS COMO CORREDORA DE
SEGUROS**

Máxima: la cualidad activa y titularidad activa son dos términos totalmente distintos, el primero se refiere a la situación que tiene un sujeto dentro de una relación jurídico procesal, que en este caso sería la parte activa de la relación; por otra parte, la titularidad, tiene que ver con el hecho de si se es o no titular del derecho que se reclama. Ahora bien, aplicando este razonamiento al caso de autos, la falta de cualidad alegada por el recurrente se refería a si la ciudadana tenía o no la cualidad de corredora de seguros.

EXTRACTO:



Ahora bien, de acuerdo con la transcripción precedente de algunos extractos de la sentencia recurrida, observa la Sala que el juez de alzada sí se pronunció respecto de la falta de cualidad alegada por el demandado en la contestación a la demanda, y de lo cual concluyó “En resumen, declarado que la ciudadana SOL ÁNGEL PLAZAS GRASS fue nombrada por el Ministerio de Agricultura y Tierras como corredora y que como tal prestó sus buenos oficios como intermediaria, aun cuando el tribunal ha advertido irregularidades en su actuación, ello no la despoja del derecho que surgió en su esfera patrimonial una vez celebrada y ejecutado el contrato, de recibir la adecuada contraprestación por sus servicios de intermediación..”, en virtud de ello declaró sin lugar la defensa de falta cualidad activa.

Por otra parte, y en relación a lo expuesto, observa la Sala que el recurrente alegó que el juez de alzada omitió pronunciarse respecto del alegato de falta de titularidad activa del accionante y en relación a la imposibilidad jurídica de concederle tutela jurisdiccional.

En ese sentido, resulta conveniente hacer una distinción entre cualidad, titularidad e interés en el derecho procesal, al respecto el maestro Luís Loreto en su Libro “Ensayos Jurídicos”, segunda edición, pág. 186 y 187, Caracas, 1987, en relación a esta distinción consideró lo siguiente, “Si la noción de cualidad que se ha dado anteriormente es exacta, aparece manifiesto que ella denota sólo una relación de identidad entre el efectivo titular de la acción y la persona que concretamente la ejerce. La cualidad expresa un modo de ser del derecho de acción; denota la relación en que se encuentran uno o más sujetos con la acción intentada; indica el lado subjetivo de la acción. Se trata, como ha dejado apuntado, de una relación de identidad lógica entre la persona del actor y la persona a quien la ley concede acción; en el primer caso la cualidad no es un derecho, ni el título del derecho, sino que expresa una idea de pura relación, y nada más”. Ahora bien, por la naturaleza misma de las cosas, ese criterio no puede

atenerse sino a la pura afirmación del actor, a los términos mismos de la demanda, ya que precisamente, la efectiva y real titularidad de la relación o estado jurídico cuya protección se solicita, forman el objeto mismo e inmediato del juicio, cuya existencia concreta se afirma y se demanda”.

De acuerdo a los comentarios supra expuestos, se puede verificar la diferencia entre cualidad activa y titularidad activa, evidentemente son dos términos totalmente distintos, el primero se refiere a la situación que tiene un sujeto dentro de una relación jurídico procesal, que en este caso sería la parte activa de la relación; por otra parte la titularidad, tiene que ver con el hecho de si se es o no titular del derecho que se reclama y eso como bien lo refiere Luis Loreto, se va a determinar es con el juicio en sí, pues ese sería el objeto del mismo.

Ahora bien, aplicando este razonamiento al caso de autos, observa la Sala que la falta de cualidad alegada por el recurrente se refería a si la ciudadana Sol Ángel Plazas Grass tenía o no la cualidad de corredora de seguros y la titularidad se refería a si tenía o no derecho al cobro de bolívares, al respecto el juez de Alzada resolvió que sí era corredora de seguros de acuerdo a las pruebas llevadas al proceso, igualmente resolvió que si tenía derecho al cobro de bolívares por la actividad desarrollada, y en virtud de ello ordena el pago de ciertas cantidades de dinero.

En consecuencia, y de acuerdo a lo antes expuesto se evidencia que el juez de alzada no incurrió en incongruencia negativa, razón por la cual se declara improcedente la denuncia bajo análisis, y así se decide.

Con fundamento en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, se denuncia la infracción de los artículos 17 del Decreto Presidencial N° 544 del 25-01-1995 (publicado en Gaceta Oficial N° 35.649 del 8-02-95) contentivo de las “normas relativas a los Contratos de Seguros que celebren los organismos de la Administración Pública Nacional, por error de interpretación, y los artículos 11 y 341 del Código de Procedimiento Civil, y el 69 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, por falta de aplicación.

Alega el formalizante textualmente lo siguiente:

“Luego, como consecuencia de haber interpretado erróneamente ese precepto de orden público, que la obligaba a establecer que la causa petendi de la demanda —dada por la ilegal designación de la actora como corredora de seguros del Ministro (sic) de Agricultura y Tierras, en violación del artículo 5 del Decreto N° 544 es manifiestamente ILÍCITA Y CONTRATARIA AL ORDEN PÚBLICO, por constituir, según el artículo 17 del mismo Decreto, un ilícito contra la cosa pública, es obvio que la recurrida violó, por falta de aplicación, los artículos 11 y 341 del Código de Procedimiento Civil, los cuales le imponían el deber de declarar de oficio la inadmisibilidad de la demanda, por ser la misma contraria al orden público y a expresas disposiciones de ley dictadas en salvaguarda de los intereses de la Hacienda Pública Nacional.

Para que se corrobore la veracidad de esta denuncia, me permito reproducir los considerandos consignados por la recurrida:

(Omissis)

Como se desprende del texto transcrito, las infracciones de ley acusadas en la presente denuncia, resultaron determinantes de lo dispositivo de la sentencia, pues, el juez concluyó que la demandante tenía derecho a cobrar comisión, no obstante reconocer que su actuación como intermediaria violaba los artículos 131 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y las normas especiales contenidas en el Decreto Presidencial número 544, tras distorsionar el explícito sentido y alcance del artículo 17 del Decreto N° 544, al afirmar falsamente que “..a tenor de lo establecido en el artículo 17 del citado Decreto Presidencial número 544”, tal infracción “SE TRATARÍA DE UNA IRREGULARIDAD SANCIONABLE ADMINISTRATIVAMENTE A TENOR DE LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 17 DEL CITADO DECRETO PRESIDENCIAL NÚMERO 544, QUE POR LO TANTO NO AFECTA EL DERECHO A COBRAR LA COMISIÓN”.

En efecto, de no haber sido por esa errónea interpretación, el juez habría tenido que reconocer que la irregular designación y actuación de la accionante como intermediaria del citado Ministerio, constituye un ilícito penal y administrativo, concluyendo por consiguiente que la demanda debía ser declarada inadmisibile, por fundarse en una causa ilícita y contraria al orden público.

Por otra parte, se impone señalar que al acoger la demanda de cobro de comisiones de intermediación en operaciones de seguros, deducida como el propio fallo lo admite- por una persona no autorizada de acuerdo con la ley para actuar como productor de seguros, el sentenciador de reenvío infringió, por falta de aplicación, el artículo 69 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, el cual establece que:

(Omissis)

Obviamente, esta infracción de ley también fue determinante del sentido estimatorio del fallo, pues, de haberle concedido aplicación al artículo 69 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, al juez habría tenido que declarar inadmisibile la demanda, por contrariar flagrantemente la prohibición contenida en esa norma.

En acatamiento de los requisitos exigidos por el artículo 317 del Código de Procedimiento Civil, me permito señalar que las normas que el juez debió aplicar y no aplicó para resolver la controversia, fueron: el artículo 17 del Decreto Presidencial N° 544, rectamente interpretado, y el artículo 69 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, normas éstas que lo obligaban a reconocer que la pretensión incoada se funda en una causa ilícita, y que además fue deducida por una persona que, por no estar autorizada de acuerdo con la Ley para actuar como productor de seguros, tenía vedado reclamarle a LA PREVISORA el cobro de comisiones por concepto de intermediación en operaciones de seguros. Igualmente, debieron ser aplicados los artículos 11 y 341 del Código de Procedimiento Civil, los cuales le imponían al sentenciador el deber de declarar de oficio, en resguardo del orden público, la inadmisibilidada de la

demanda, por ser manifestamente contraria al orden público y a expresas disposiciones de la Ley.

Por las razones expuestas, pido a esa ilustre Sala se sirva declarar la procedencia de la presente delación, casando el fallo recurrido SIN REENVÍO, de conformidad con el artículo 322 del Código de Procedimiento Civil, teniendo en cuenta que los hechos soberanamente establecidos y apreciados por la instancia le permiten a esa Sala aplicar las apropiadas reglas de derecho para resolver la controversia; ello sin soslayar que la declaratoria de procedencia de la presente denuncia, fundada en que el juez violó la ley al no declarar inadmisibile la demanda, haría absolutamente innecesario un pronunciamiento sobre el fondo”.

Para decidir, la Sala observa:

El formalizante alega la infracción de los artículos 11 y 341 del Código de Procedimiento Civil, y 69 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros por falta de aplicación al no declarar de oficio la inadmisibilidat de la demanda, por ser la misma contraria al orden público y a expresas disposiciones de ley dictadas en salvaguarda de los intereses de la Hacienda Pública Nacional.

Asimismo, el recurrente alega la infracción por error de interpretación del artículo 17 del Decreto Presidencial N° 544 del 25-01-1995 (publicado en Gaceta Oficial N° 35.649 del 8-02-95), al concluir que de acuerdo con esa norma, la ciudadana Sol Ángel Plazas Grass, está ante una irregularidad sancionable administrativamente, lo cual constituye un ilícito penal y administrativo, razón por la cual el ad quem debió declarar inadmisibile la demanda por fundarse en una causa ilícita y contraria al orden público.

Ahora bien, para verificar las aseveraciones expuestas por el formalizante resulta pertinente pasar a analizar las normas denunciadas como infringidas en concordancia con lo analizado por el juez de alzada.

En cuanto al artículo 17 del Decreto Presidencial N° 544, de la Gaceta Oficial N° 35.649 de fecha 8 de febrero de 1995, establece textualmente lo siguiente:

“Artículo 17: El incumplimiento de las normas contenidas en el presente decreto, dará lugar a la aplicación de las sanciones que fueren procedentes conforme a la Ley Orgánica de Salvaguarda de Patrimonio Público y la Ley de Empresas de Seguro y Reaseguros”.

De la precedente norma transcrita se desprende como interpretación jurídica literaria, el hecho de que el incumplimiento de lo dispuesto en ese decreto, tendrá como consecuencia la aplicación de sanciones previstas en la Ley Orgánica de Salvaguarda de Patrimonio Público y la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Ahora bien, respecto al analizado artículo 17 del citado decreto presidencial, el juez de la recurrida expresó lo siguiente:

“En relación con el argumento de la demandada de que es menester tener no menos de tres años en el ejercicio activo de la profesión, sacando a relucir en este aspecto lo dispuesto en los artículos 5 y 7 del Decreto número 544 de la Presidencia de la República, se torna conveniente, antes de continuar, transcribir los artículos 5 y 17 de dicho Decreto, los cuales se expresan así:

(Omissis)

De acuerdo con el primer dispositivo, son requisitos indispensables para que una agente de seguros pueda actuar como intermediario de entes públicos, poseer autorización definitiva y no menos de tres años en el ejercicio de la profesión. La demandada sostiene que su contraparte “no era intermediaria de seguros debidamente facultada para intermediar en la contratación de pólizas de organismos públicos, lo que dicho sea de paso no alegó ni acreditó en forma alguna”, observa el tribunal que en el libelo se alegó, entre otras cosas, que Seguros La Previsora la mencionó en los recibos

de prima “como Productor de Seguros Nro. 994541 ciudadana SOL ANGEL PLAZAS GRASS”; igualmente, que cumplió con su obligación profesional, con lo cual queda evidenciado que su razón de pedir deriva del hecho de haber actuado como intermediaria en la contratación de la póliza, por más que no haya especificado que lo hizo como agente y no a ningún otro título, omisión que en todo caso no ha impedido o dificultado a la querellada ejercer a plenitud su defensa.

Entiende el tribunal que cuando la ley exige un tiempo no menor de tres años en el ejercicio de la profesión, tal término debe computarse a partir del momento en que se emite el acto administrativo por parte de la Superintendencia de Seguros, que autoriza al interesado previa constatación de que se han cumplido los extremos legales respectivos, para desenvolverse como productor de seguros; por eso carecen de toda relevancia probatoria a los efectos procesales que nos ocupan, los certificados expedidos por el Instituto Nacional de Cooperación Educativa a la demandante (folios 165 al 169), porque si bien dan fe de que ésta aprobó los cursos a que dichos certificados se refieren, ello no pasa del cumplimiento de una formalidad precedente al otorgamiento del acto administrativo que concede la facultad para gestionar como productor de seguros. De igual manera carecen de importancia probatoria la carta de postulación acompañada por la demandante por su escrito de pruebas (folio 179) y las hojas de evaluación producidas en la misma oportunidad (folios 171 al 180), por cuanto nada tienen que ver estos instrumentos con la acreditación de la licencia de agente de seguros; tampoco la comunicación de la Superintendencia de Seguros número FSS-2-1-009852 del 7 de octubre de 2002, dirigida a la ciudadana SOL PLAZAS GRASS (folio 187), por cuanto dicha correspondencia se limitó a informarle a la destinataria que quedaba inscrita para el examen de competencia profesional a realizarse el 18 de octubre de 2002.

Quedando demostrado, pues, que la autorización administrativa otorgada a la actora para desempeñarse como agente de seguros

con la empresa Interbank Seguros S.A. fue concedida oficialmente el 2 de diciembre de 2002, y que la póliza se suscribió, según versión libelada, el 7 de enero de 2005, es evidente que entre una y otra fecha no transcurrió el lapso trianual a que hemos hecho alusión; no obstante como ya se explicó, se trataría de una irregularidad sancionable administrativamente a tenor de lo establecido en el artículo 17 del citado Decreto Presidencial número 544, que por lo tanto no afecta el derecho a cobrar la comisión una vez que el contrato de seguros se celebró y ejecutó, ya que de lo contrario el beneficio económico quedaría injustamente en el patrimonio de la aseguradora. Así se resuelve.

En resumen, declarado que la ciudadana SOL ÁNGEL PLAZAS GRASS fue nombrada por el Ministerio de Agricultura y Tierras como corredora y que como tal prestó sus buenos oficios como intermediaria, aun cuando el tribunal ha advertido irregularidades en su actuación, ello no la despoja del derecho que surgió en su esfera patrimonial una vez celebrado y ejecutado el contrato, de recibir la adecuada contraprestación por sus servicios de intermediación, por ende, debe estimarse la demanda, quedando por definir sólo el alcance o cuantía de esa contraprestación, lo cual se hará en las líneas que siguen”.

De la anterior transcripción se desprende que el juez de alzada en el análisis de los artículos 5 y 17 del Decreto Presidencial de la Gaceta Oficial N° 544 de fecha 5 de febrero de 1995, concluyó que efectivamente la ciudadana Sol Ángel Plazas Grass, era agente de seguro de la empresa Interbank Seguros S.A., cuya autorización fue concedida oficialmente el 2 de diciembre de 2002, no obstante ello incurrió en una irregularidad sancionable administrativamente por no haber cumplido el lapso trianual requerido por el artículo 5 del citado decreto presidencial.

De acuerdo a lo antes expuesto, observa la Sala que el juez de alzada no incurrió en error de interpretación del artículo 17 del Decreto Presidencial N° 544, pues efectivamente concluyó que se incurrió en una irregularidad

administrativa de conformidad con el artículo 5° eiusdem, que sobre el particular nada podía hacer el ad quem, pues en primer término él no es el competente para imponer tales sanciones administrativas, ya que el organismo competente de acuerdo con lo dispuesto en el citado decreto, es la Superintendencia de Seguros de conformidad con lo previsto en la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, y en segundo lugar en el caso de autos la controversia planteada se refiere a una acción por cobro de bolívares, la cual fue declarada parcialmente con lugar.

En ese mismo sentido el recurrente denuncia la falta de aplicación del artículo 69 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, el cual dispone textualmente lo siguiente:

“Artículo 69: Las empresas de seguros y las sociedades de corretaje de seguros, no podrán pagar remuneración alguna por concepto de intermediación en operaciones de seguros, a personas que no estén autorizadas de acuerdo con esta Ley para actuar como productores de seguros”.

De la norma precedentemente transcrita, se desprende que la misma está constituida por un supuesto de hecho que está referido a la situación de que, una persona que no esté autorizada de acuerdo con la ley, no puede actuar como productor de seguro y como consecuencia jurídica establece que, las empresas de seguros y corretaje, no deben pagar remuneración a estas personas que actúen como tal sin dicha autorización.

Ahora bien, si aplicamos esta norma al caso de autos, observamos que el supuesto de hecho no se cumple, ya que la ciudadana Sol Ángel Plazas Grass estuvo autorizada según se desprende de la propia sentencia, en la que consta que en los recibos de la prima expedida por Seguros La Previsora actuaba “como Productor de Seguros Nro. 994541”, y además consta la autorización concedida oficialmente el 2 de diciembre de 2002 otorgada por la empresa Interbank Seguros S.A., razón por la cual no puede aplicarse la consecuencia jurídica prevista en la norma, en virtud de ello se

concluye que el juez no tenía por qué aplicar la citada norma 69 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, y así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00890.

FECHA: 17 de junio de 2009.

PARTES: Seguros Mercantil C.A., contra Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas.

.....

**TEMA: ELUSIÓN, RETARDO Y RECHAZO GENÉRICO
(TIPICIDAD Y LEGALIDAD)**

Máxima: el principio de tipicidad se encuentra inserto en el principio de legalidad, por cuanto, mientras el primero postula la exigencia de predeterminación normativa de las conductas ilícitas, el de legalidad concreta tal prescripción en el requerimiento de definición, suficiente para la identificación del ilícito y de su consecuencia sancionatoria.

Máxima: la falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de pago de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsume en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implica el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza

para liquidar el siniestro, se subsumiría en el supuesto de retardo sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo parágrafo cuarto del artículo en comento.

Máxima: el supuesto de elusión no se verifica sólo por la falta de respuesta en cuanto a la procedencia o cobertura del siniestro, sino que incluye la ausencia de información oportuna y razonada al interesado respecto, en general, del reclamo que el mismo formule.

Máxima: la elusión no impone necesariamente el análisis del elemento subjetivo de la conducta ilícita, esto es, la existencia de un comportamiento engañoso, fraudulento o negligente por parte de la empresa aseguradora investigada, pues la ratio de la norma no es penar tales modos de proceder sino procurar que los asegurados y beneficiarios obtengan de aquéllas una respuesta oportuna frente a los compromisos adquiridos con la celebración del contrato de seguro.

EXTRACTO:

Llegada la oportunidad para decidir el mérito de la presente causa, pasa la Sala a analizar los alegatos esgrimidos por la parte recurrente, en consideración, igualmente, de los argumentos expuestos por la representación de la República y del Ministerio Público, y en tal sentido se observa:

1. Sobre la denunciada trasgresión de los principios de legalidad y tipicidad.

Debe indicarse, en primer lugar, que el principio de tipicidad se encuentra inserto en el principio de legalidad, por cuanto, mientras el primero postula la exigencia de predeterminación normativa de las conductas ilícitas, el de legalidad concreta tal prescripción en el requerimiento de definición, suficiente para su identificación, del ilícito y de su consecuencia sancionatoria. De allí, que la exigencia de legalidad o tipicidad tiene su origen en el principio de seguridad jurídica, fundamental en todo Estado de Derecho, requiriéndose que la definición normativa de los ilícitos administrativos reúna unas características de precisión que satisfagan esa demanda de seguridad y certeza.

En el caso que nos ocupa, la vulneración de los señalados axiomas se verifica, a decir de la recurrente, por haber sido sancionada por un hecho que no se encuentra tipificado como un ilícito en la legislación aplicada por la Administración. Dicha circunstancia vendría dada -a su juicio- por “la falta de notificación escrita al interesado de la existencia de la causa (causa justificada) que generó la dilación en el pago de la indemnización o el rechazo motivado de la cobertura”.

En efecto, considera la representación actora que el supuesto a que se refiere el artículo mencionado ocurre cuando la empresa de seguros sin causa justificada elude o retarda el cumplimiento de sus obligaciones, o cuando no notifica de forma motivada las razones que le permiten considerar un siniestro como no cubierto, pero que en forma alguna prevé la norma el deber de aquélla de “indicar por escrito las razones que justifican el retraso en el cumplimiento de la obligación dentro de un plazo de treinta días”.

Al respecto, advierte esta Sala que, en la Resolución impugnada, adoptada por el entonces ministro de Finanzas, éste dejó expuesto que la empresa Seguros Mercantil, C.A. se encontraba incurso en el supuesto de elusión consagrado en el párrafo segundo del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, y para arribar a tal conclusión efectuó consideraciones como las siguientes:

- Que la aseguradora no se pronunció dentro del lapso legal acerca de la procedencia o no de la indemnización, o el cumplimiento de su obligación de notificar por escrito su decisión sobre el reclamo al ciudadano Antonio José Méndez.

- Que la empresa no procedió a emitir comunicación escrita, oportuna y seria al asegurado en relación con el reclamo.

- Que la compañía eludió su obligación de notificar al asegurado por el reclamo del siniestro “no dando respuesta oportuna”.

En el acto administrativo primigenio, esto es, en la providencia contentiva de la pena pecuniaria confirmada posteriormente por vía de reconsideración y jerárquica, la Superintendencia de Seguros expuso que en el citado artículo 175 se establecen sanciones para aquellas empresas que en forma injustificada no den cumplimiento, cuando ello sea procedente, a las obligaciones contraídas a través del contrato de seguros. Seguidamente, señaló:

“(...) la circunstancia de investigación argumentada por la aseguradora, no constituye una causal que la exima de su obligación de emitir un pronunciamiento y ofrecer información oportuna y seria al asegurado en relación a su reclamo, dado que aun estando en presencia de una condición especial (...) debió ajustarse a lo dispuesto en el artículo 175 (...) y cumplir con el deber de responder al interesado no sólo por escrito sino también oportunamente señalándole las razones que motivaron el retardo en el pago, aun así sin pronunciarse acerca de la aceptación o rechazo del reclamo. Se evidencia del expediente que el siniestro se notificó y se consignaron los últimos recaudos en fecha 31 de octubre de 2003 y fue el 12 de abril de 2004 durante el acto conciliatorio celebrado en este Organismo, cuando ésta procedió a explicar al asegurado las razones de hecho y de derecho que la imposibilitaban para indemnizar o dar respuesta sobre su reclamo”. (Sic).

Las anteriores consideraciones fueron expresadas en sentido similar en el acto que resolvió el recurso de reconsideración incoado, al señalar la Superintendencia que una compañía de seguros “siempre estará obligada a notificar al tomador, asegurado o beneficiario las circunstancias de una u otra naturaleza que operan en el caso en concreto”.

De lo expuesto se colige que el hecho por el cual se sancionó a la empresa Seguros Mercantil, C.A., fue la falta de respuesta al ciudadano Antonio José Méndez respecto del reclamo que éste formulara a la aseguradora el 29 de octubre de 2003 (según se desprende del expediente administrativo) a propósito del siniestro acaecido el día 27 de ese mes y año, no obstante se había consignado toda la documentación requerida el 31 de octubre de 2003; circunstancia que la Administración consideró tipificada dentro del supuesto de elusión a que se refiere el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Sentado lo anterior, interesa destacar que en reiteradas oportunidades esta Sala ha expuesto que el mencionado artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros publicada en Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4.865 Extraordinario del 8 de marzo de 1995 (vigente para el momento en que se verificó la conducta sancionada en virtud que la aplicación del Decreto con Fuerza de Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros publicado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.561 Extraordinario del 28 de noviembre de 2001, fue suspendida con efectos erga omnes mediante sentencia de la Sala Constitucional N° 1.911 del 13 de agosto de 2002), prevé tres ilícitos administrativos distintos, configurados por: a) la elusión de las obligaciones a cargo de la aseguradora frente a los contratantes, asegurados o beneficiarios; b) el retardo en el cumplimiento de las referidas obligaciones; y c) el rechazo de los siniestros reclamados mediante argumentos genéricos. (Vid. sentencias de esta Sala Nos. 01158 y 02189 del 10 de mayo de 2006 y 4 de octubre de 2006, respectivamente).

Asimismo, se ha precisado en cuanto al primero, que la falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de pago de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsume en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implica el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsumiría en el supuesto de retardo sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo párrafo cuarto del artículo en comento. (Vid. sentencias publicadas en fechas 2 de junio de 2005 y 1º de abril de 2009, bajo los Nos. 3.683 y 00418, respectivamente).

Las consideraciones que anteceden permiten establecer, contrario a lo expuesto por la representación actora en su escrito recursivo e informes, que el hecho apreciado por la Administración no es distinto de la elusión tipificada en la comentada disposición, pues dentro de las obligaciones que pudieran o no rehusar o evadir las aseguradoras no está únicamente la de cubrir el siniestro, sino la de informar oportuna y motivadamente las razones del rechazo e, incluso, las que en un momento dado retarden la emisión de una respuesta que sobre el reclamo espera el asegurado o beneficiario. Por ende, concluye la Sala que la circunstancia por la cual la Administración decidió sancionar a Seguros Mercantil, C.A. sí está tipificada como ilícito en la legislación de la materia, de allí que no se verifica la trasgresión de los principios de tipicidad y legalidad; ello sin perjuicio de la efectiva comisión de la aludida falta que será analizada con el examen de los siguientes argumentos. Así se declara.

2. De la alegada vulneración de la seguridad jurídica y la confianza legítima.

Esta Sala ha señalado en relación a la seguridad jurídica, que dicho postulado ha de ser entendido como la certeza sobre el ordenamiento jurídico aplicable y los intereses jurídicamente tutelados, como la expectativa razonablemente fundada del ciudadano en cuál ha de ser la actuación de la Administración a través de la aplicación del Derecho. (Vid. sentencia N° 570 del 10 de marzo de 2005).

Otro de los principios que rigen la actividad administrativa es el principio de confianza legítima, estrechamente vinculado con el anterior, el cual se refiere a la concreta manifestación del principio de buena fe en el ámbito de la actividad administrativa y cuya finalidad es el otorgamiento a los particulares de garantía de certidumbre en sus relaciones jurídico-administrativas. (Vid. sentencia de esta Sala N° 1.171 del 4 de julio de 2007).

La confianza legítima constituye la base de una nueva concepción de los vínculos que existe entre el Poder Público y los ciudadanos, cuando a través de la conducta de los órganos que ejercen aquél, revelada en sus declaraciones, actos y doctrina consolidada, se pone de manifiesto una línea de actuación que la comunidad o sujetos específicos de ella esperan se mantenga. Este principio alude así, en el ámbito del derecho administrativo, a la situación de un sujeto dotado de una expectativa justificada de obtener una decisión favorable a sus intereses, en virtud de actuaciones precedentes y reiteradas de la Administración.

En sentencia N° 514 de fecha 3 de abril de 2001, esta Sala indicó que una muestra significativa de la consagración del principio de confianza legítima en nuestro ordenamiento jurídico es el artículo 11 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, con base en el cual, las actuaciones reiteradas de un sujeto frente a otro, en este caso de la Administración Pública, hacen nacer expectativas jurídicas que han de ser apreciadas por el juez y justamente, los criterios administrativos, si bien pueden ser cambiados, son idóneos para crear tales expectativas.

Vale destacar que, al igual que ocurre con los criterios jurisprudenciales, los que provienen de la actividad administrativa pueden ser revisados, ya que tal posibilidad está inmersa dentro de la diversa naturaleza de las situaciones sometidas al conocimiento y revisión a través del ejercicio de las funciones jurisdiccional y administrativa, sólo que ese examen no debe ser aplicado de forma indiscriminada o con efectos retroactivos perniciosos.

Hechas las consideraciones que anteceden, se impone analizar si en el supuesto de autos la Administración recurrida modificó de tal manera un criterio precedente cuya aplicación al caso concreto de la actora podía ésta presumir legítimamente, y si ello devino en un menoscabo de los invocados principios de seguridad jurídica y confianza legítima.

Al respecto, es de observar que la denunciada trasgresión se desprende, a juicio de la representación de Seguros Mercantil, C.A., del hecho que en Resolución N° 339 del 2 de abril de 2004, la Superintendencia de Seguros consideró que no existían méritos para la apertura de una averiguación a la compañía por cuanto cursaba en el expediente un oficio de la División contra la Delincuencia Organizada del CICPC, en el que se señalaba que la póliza a que aludía la denuncia (formulada por la ciudadana Erika Veneziano) “se encuentra sometida a una investigación penal derivada de presuntos ilícitos contra la propiedad, cometidos en perjuicio de la empresa SEGUROS MERCANTIL, C.A.”; y, en el caso a que se refieren los autos, existiendo igualmente una investigación del tipo señalado, sí se sustanció el procedimiento siendo finalmente sancionada.

Del contenido del acto parcialmente transcrito se infiere que en casos aparentemente análogos la Administración competente adoptó decisiones disímiles. No obstante, debe destacarse que en el propio acto invocado por la actora como doctrina administrativa, la Superintendencia señaló: “Visto que, de acuerdo con el acta levantada producto del acto conciliatorio realizado (...) la representante de la empresa de seguros manifestó: “Como es conocido por esta Superintendencia (...) como por la Sra. Veneziano, mi representada se encuentra limitada para proceder al estudio del sinies-

tro y dar algún tipo de respuesta sobre el mismo, por cuanto existe una cuestión prejudicial a consecuencia de una investigación que se encuentra (...) ante la División contra la Delincuencia Organizada (...).

A lo anterior cabe añadir que en la resolución a través de la cual fue resuelto el recurso de reconsideración incoado por la actora, la Superintendencia de Seguros indicó:

“(...) esta Superintendencia (...) estima procedente agregar que en el caso invocado por la empresa SEGUROS MERCANTIL, C.A. como doctrina administrativa para fundamentar sus alegatos (...) este Organismo consideró que la ciudadana ERIKA CAROLINA VENEZIANO SAYAZO había sido notificada de las circunstancias que imposibilitaban a la citada compañía aseguradora, razón por la cual disponía de una causa justificada que la exoneró de responsabilidad administrativa. (...).

Como puede observarse, los casos analizados difieren en los supuestos fácticos que motivaron las respectivas decisiones; ciertamente, ambos reclamos estaban sometidos a un proceso de investigación penal, sin embargo, en uno de ellos, la asegurada fue notificada de las circunstancias que le impedían a la compañía de seguros pronunciarse sobre la cobertura del siniestro, mientras en el otro la aseguradora no hizo del conocimiento del asegurado tales razones (...).

Lo destacado anteriormente lleva a la Sala a concluir que mal podía pretender la compañía aseguradora que la Administración reprodujera en el caso que dio lugar al presente litigio, la decisión adoptada en el precedente invocado, toda vez que en este último sí se verificó el hecho que, justamente en aquél, no pudo constatar la Administración y que fue el motivo de la sanción hoy recurrida, a saber, la ausencia de respuesta escrita frente al reclamo del asegurado. Siendo ello así, esta Sala desestima la denuncia de violación de los mencionados postulados. Así se declara.

3. Del alegado falso supuesto en los hechos y el derecho.

Con relación al vicio de falso supuesto, la Sala ha establecido en reiteradas oportunidades que éste se configura de dos maneras, verificándose la primera de ellas cuando la Administración al dictar un acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el asunto objeto de decisión, casos en los que se incurre en el vicio de falso supuesto de hecho. El segundo supuesto se presenta cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido, pero la Administración al dictar el acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo para fundamentarlo, incidiendo ello decisivamente en la esfera de los derechos subjetivos del administrado; en estos casos se está en presencia de un falso supuesto de derecho.

En la presente causa, la parte recurrente ha manifestado que del término “elusión” se infiere que una empresa de seguros incurrirá en ella siempre que concurren las circunstancias siguientes: (i) que la compañía despliegue una conducta dolosa, con la intención de no asumir las obligaciones asumidas frente al contratante, beneficiario o asegurado; (ii) que la empresa pretenda concretamente eludir su obligación de indemnizar o de rechazar en forma motivada la cobertura; y (iii) que la aseguradora no tenga causas justificadas que sustenten la falta de cumplimiento de sus obligaciones. (Subrayado del presente fallo).

Al respecto, resulta pertinente señalar que a los fines del ejercicio de la facultad de la Administración establecida en el citado precepto para sancionar a las empresas de seguros cuando, sin causa justificada, incumplan los deberes establecidos en la norma, carece de relevancia comprobar la mala fe en las actuaciones de tales compañías, toda vez que lo que persigue dicha disposición es que las aseguradoras respondan oportunamente a sus compromisos de cubrir el siniestro o contestar razonadamente -si fuesen otros los términos- el reclamo; o bien los rechacen por una causa justificada, motivada y oportuna, por lo que perfectamente podría configurarse la

infracción aunque no se comprueba tal elemento subjetivo. (Vid. sentencias de esta Sala Nos. 02772 y 00418, de fechas 30 de noviembre de 2006 y 1º de abril de 2009).

De otra parte, cabe reproducir lo señalado ya por esta Sala en el sentido que el supuesto de elusión no se verifica sólo por la falta de respuesta en cuanto a la procedencia o cobertura del siniestro, sino que incluye la ausencia de información oportuna y razonada al interesado respecto, en general, del reclamo que el mismo formule. Lo contrario, implicaría tanto como reconocer la imposibilidad de sancionar administrativamente a las empresas aseguradoras que omitan, por un tiempo indefinido que sólo ellas podrían determinar y siempre que consideren que existen situaciones que -a su juicio- impiden resolver sobre la procedencia de la indemnización, toda contestación frente a solicitudes que con ocasión a la materialización de un daño se les dirigieran; dejando al interesado en medio de una absoluta desorientación respecto de la suerte de su pedimento.

Sentado nuevamente lo anterior debe esta Sala determinar si, en definitiva, la empresa Seguros Mercantil, C.A. incurrió en el supuesto de elusión tipificado en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, y a tal fin observa que del expediente administrativo se puede apreciar lo siguiente:

- El 29 de octubre de 2003 el ciudadano Antonio José Méndez formuló ante Seguros Mercantil, C.A., Declaración de Siniestro de Vehículos Terrestres, indicando que el día 27 de ese mes y año un carro de su propiedad “fue robado en el Paseo Colón a las 9 de la noche”, en la ciudad de Puerto La Cruz del Estado Anzoátegui, e identificando el vehículo en sus aspectos de marca, tipo, serial, modelo y placa.

Asimismo, formuló denuncia ante el Cuerpo Técnico de Policía Judicial. Sobre dicho vehículo el denunciante suscribió una póliza de seguros con Seguros Mercantil, C.A., tal como además es sostenido por la representación de la empresa en su escrito recursivo.

- El 31 de octubre de 2003, la Corredora de Seguros consignó en la aseguradora originales de denuncia ante P.T.J y el Instituto de Tránsito Terrestre, Póliza de Seguro, Llaves del Vehículo y control de alarma, originales del carnet de circulación y del título de propiedad a nombre del actor, carta explicativa, entre otros; en atención “a los requerimientos realizados por su parte a nuestro común cliente (...) el pasado martes 28.10.03 como complemento a la notificación de Hurto de su vehículo”.

- En fecha 22 de marzo de 2004, el abogado Jesús Enrique Perera Cabrera, procediendo con el carácter de apoderado del ciudadano Antonio José Méndez, presentó ante la Superintendencia de Seguros escrito en el que expuso las razones por las cuales solicitó el inicio de una averiguación contra su aseguradora. Entre tales motivos, reseñó que luego de consignar la totalidad de la documentación requerida, transcurrió el tiempo sin que recibiera la indemnización correspondiente “y ni siquiera una carta de rechazo del siniestro o la solicitud de algún otro requerimiento (...) pero en ningún momento la compañía le ha dado una respuesta por escrito acerca del siniestro, eludiendo y retardando en consecuencia su responsabilidad”.

De lo anterior y, en general, del análisis de los autos y las propias afirmaciones de la parte recurrente, se desprende que desde que el ciudadano supra mencionado consignó la documentación solicitada con ocasión al siniestro y su pretensión de indemnización, hasta la oportunidad en que decidió plantear el asunto a la Superintendencia de Seguros, transcurrieron casi cinco (5) meses sin que recibiera una respuesta expresa en torno a su reclamo, siendo que el plazo legalmente estipulado para resolver sobre el pago de los siniestros es de treinta (30) días hábiles; circunstancia que en principio lleva a sostener que se produjo el supuesto de elusión descrito en líneas anteriores.

No obstante, es de precisar que la sanción consagrada en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros se impondrá cuando la

compañía aseguradora hubiere incurrido en alguno de los supuestos supra señalados (elusión, retardo o rechazo genérico) “sin causa justificada”.

Ello así, interesa señalar que en acto conciliatorio celebrado el 12 de abril de 2004 en la Superintendencia de Seguros, previo inicio de la averiguación contra la empresa Seguros Mercantil, C.A. a propósito de la denuncia formulada por el ciudadano Antonio José Méndez, aquélla indicó: “En el presente caso existe un procedimiento penal abierto por la Fiscalía del Ministerio Público N° 31 del Área Metropolitana y dirigido por la misma de la cual está informada esta Superintendencia de Seguros, el cual se instruye con motivo de la presunta comisión de hechos punibles de acción pública en virtud de lo cual no nos es dable sin instrucciones expresas de dicho Organismo a quienes nos encontramos sujetos y hasta tanto ellos nos indiquen lo conducente; dar respuesta sobre la procedencia o no del caso planteado, es todo.” (Sic).

Ahora bien, cursa en el expediente administrativo copia certificada de oficio de fecha 17 de noviembre de 2003, a través del cual el Comisario Jefe de la División de la Delincuencia Organizada del Cuerpo Técnico de Policía Judicial informa al Superintendente de Seguros que ese Despacho dirige una investigación con motivo de la presunta comisión de uno de los delitos contra la propiedad en perjuicio de Seguros Mercantil, C.A., donde se investiga la legitimidad de una serie de pólizas allí identificadas, entre las cuales se incluyó la contratada por el ciudadano Antonio José Méndez.

No consta en el expediente otro elemento que refiera a la aludida averiguación -cuya causa no aparece clara del citado documento- y del que pueda desprenderse que en virtud de ella resultaba imposible atender a la solicitud de indemnización del actor. De igual manera, tampoco acreditó la compañía aseguradora que requiriera de alguna autorización o instrucción por parte del Ministerio Público para “dar respuesta sobre la procedencia o no del caso planteado”, a lo que interesa agregar lo señalado en la presente causa por la representante del aludido organismo, en cuanto a que “ninguna respuesta de la aseguradora, requiere de la autorización

del Ministerio Público, aun cuando exista una investigación penal sobre hechos ilícitos, en los que presuntamente estén involucrados los beneficiarios de las pólizas o los siniestros reclamados”.

Debe añadirse que en el supuesto de resultar imposible o inoportuno dar una respuesta sobre la procedencia o no de la indemnización, el cumplimiento del artículo 175 tantas veces citado se habría satisfecho con la notificación escrita al interesado de las razones que impedían resolver entonces lo referente a la cobertura del siniestro.

No puede obviar esta Sala en cuanto a esto último, que en el escrito dirigido a la Superintendencia de Seguros el 22 de marzo de 2004, el entonces apoderado del ciudadano Antonio José Méndez indicó que transcurrido el plazo de treinta (30) días hábiles dispuesto en la ley acudió a la aseguradora donde le informaron que en dicho siniestro “se estaban realizando unas investigaciones, por lo que ordenaron entrevistarse con unas personas del Departamento de Seguridad”, quienes le habrían formulado una serie de preguntas “donde le asomaron la posibilidad que el vehículo no hubiera sido robado, o la existencia de algo irregular, presionándolo con más preguntas en este sentido, hasta que le manifestaron que el caso parecía bastante raro y que lo investigarían con otros casos de la misma agencia”.

Lo expuesto, debe señalarse, en forma alguna demuestra que la recurrente hubiere informado debidamente y por escrito al denunciante sobre las razones que justificaban la falta de respuesta frente al siniestro notificado, como tampoco permite siquiera deducir que el prenombrado ciudadano conociera a partir de entonces los términos de la referida averiguación ni la incidencia de la misma en su solicitud.

Las consideraciones expresadas llevan a esta Sala a establecer que no se constató una causa que justificara la ausencia de una respuesta expresa por parte de la empresa Seguros Mercantil, C.A. frente a la solicitud del asegurado, y que no es cierto, contrario a lo sostenido por la representación actora, que su mandante hubiere informado “oportunamente” al

denunciante “de las circunstancias (causa justificada) que produjeron la dilación” (sic). Ello, a su vez, permite concluir que sí incurrió la compañía en el supuesto de elusión previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, descrito suficientemente en su contenido en párrafos anteriores, y que resultaba en consecuencia procedente la imposición de la multa en los términos de dicho precepto.

Por tales razones, se desestiman los alegatos de falso supuesto de hecho y de derecho esgrimidos. Así se declara.

4. De la trasgresión al principio de “culpabilidad”.

Sostiene la parte actora que la resolución impugnada infringe el principio de culpabilidad como derivación del derecho a la presunción de inocencia, toda vez que fue sancionada bajo una interpretación meramente objetiva del caso, esto es, sin que se atendiere a las circunstancias que llevaron a la empresa a actuar de la forma en que lo hizo, de las que a su juicio se constata una prescindencia absoluta de dolo o culpa. Así, aduce que del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros se desprende la necesidad de que exista una intención directa de la aseguradora de no cumplir con sus obligaciones, empleando artificios o sutilezas.

Al respecto cabe reiterar lo expuesto en párrafos anteriores, en cuanto a que el examen de los supuestos tipificados en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros aplicable *ratione temporis*, no impone necesariamente el análisis del elemento subjetivo de la conducta ilícita, esto es, la existencia de un comportamiento engañoso, fraudulento o negligente por parte de la empresa aseguradora investigada, pues la ratio de la norma no es penar tales modos de proceder sino procurar que los asegurados y beneficiarios obtengan de aquéllas una respuesta oportuna frente a los compromisos adquiridos con la celebración del contrato de seguro.

Con base en tal criterio, y verificado como ha sido que la actora incurrió

en el supuesto de elusión tipificado en la ley como ilícito sancionado con pena pecuniaria, se desestima la denuncia en referencia. Así se decide.

Constatada la improcedencia de los argumentos esgrimidos por la empresa Seguros Mercantil, C.A., esta Sala declara sin lugar el recurso de nulidad interpuesto y firme la providencia impugnada. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2009-1228.

FECHA: 13 de julio de 2009.

PARTES: Sanitas de Venezuela C.A contra Instituto para la Defensa y Protección del Consumidor y del Usuario (INDECU), hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios.

.....

TEMA: SIMULACIÓN CONTRACTUAL

Máxima: la simulación contractual se manifiesta como fenómeno constante en el desarrollo comercial dentro de nuestra sociedad. Hoy en día se están creando situaciones jurídicas aparentes que difieren de la situación jurídica verdadera, producto de la ocurrencia de determinadas circunstancias adversas a los intereses patrimoniales de las partes contratantes.

EXTRACTO:

Es así como, en ocasiones se utiliza un determinado negocio jurídico con el propósito de conseguir un resultado que prohíbe una determinada norma, buscando cobertura y amparo de la que regula el negocio elegido y protege el resultado norma de él, que en el caso concreto satisface al interés de las partes por ser coincidente en última instancia con el vedado.

Con relación a lo anterior, Federico de Castro y Bravo ya había afirmado que los negocios jurídicos, para su existencia y luego para su eficacia, han de reunir ciertos requisitos, unos exigidos para todos los negocios, otros propios de cada tipo y también, en su caso, habrá de no olvidar los peculiares de cada negocio en concreto. Cuando alguno de esos requisitos no son como deberían, se dice que el negocio jurídico es incompleto, irregular, falso o aparente, de tal modo que se le imprime al mismo esa peculiar naturaleza que resulta de la simulación, el fraude y la finalidad indirecta o fiduciaria (Cfr. DE CASTRO Y BRAVO, Federico: *El Negocio Jurídico*, Editorial Civitas. Madrid, 1991, pp. 329).

La anomalía, en palabras del mencionado autor, es una deformación de una figura negocial, querida por quienes lo crean y hecha para escapar de la regulación normal de los negocios, de la prevista y ordenada por las leyes, ya que en ellas no se atiende a una finalidad específica y regulada como tal por el Derecho, y donde la simulación no se reduce sólo a una divergencia entre voluntad y declaración, sino también al ánimo de engaño.

Es así como, la simulación contractual se manifiesta como fenómeno constante en el desarrollo comercial dentro de nuestra sociedad. Hoy en día se están creando situaciones jurídicas aparentes que difieren de la situación jurídica verdadera, esto es producto de la ocurrencia de determinadas circunstancias adversas a los intereses patrimoniales de las partes contratantes.



.....
**TEMA: LIBERTAD ECONÓMICA, MEDICINA PREPAGADA
E INTERVENCIÓN DEL ESTADO**

Máxima: en ejercicio del derecho a la libre iniciativa económica, en Venezuela ha aparecido el modelo de medicina prepagada y de hospitalización -distinta de la actividad aseguradora-, en el que empresas prestan con

sus médicos servicios directos a los afiliados, bien sea bajo contratos con profesionales de la medicina o clínicas privadas, constituidas por organizaciones de muy variada naturaleza, tanto social como jurídica o económica, por tal motivo, existen, por ejemplo, entidades con y sin fines de lucro, sociedades comerciales, con la particularidad de que ofrecen coberturas integrales o de alguna especialidad en medicina.

Máxima: la medicina prepagada se presta a través de la unión o asociación de un grupo de profesionales de la salud, integrados en una estructura biomédica, que ciertamente incluye recursos tecnológicos y científicos de que dispone hoy la ciencia médica para el cuidado, conservación y rescate de la salud, o de clínicas, que prestan directamente el servicio a un grupo de afiliados, quienes se comprometen al pago adelantado de tales servicios.

Máximas: en líneas generales, puede caracterizarse a las empresas de medicina prepagada como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. La denominación usual deriva de que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan las alteraciones de salud, o según sea requerida de acuerdo a los planes ofrecidos, lo que evidencia que se trata de una actividad económica de interés social.

EXTRACTO:

En cuanto a este tipo de contratación, resulta pertinente acotar que en nuestro país la libertad económica es manifestación específica de la libertad general del ciudadano, la cual se proyecta sobre su vertiente económica. De allí que, fuera de las limitaciones expresas que estén establecidas en la Ley, los particulares podrán libremente entrar, permanecer y salir del mercado de su preferencia, lo cual supone, también, el derecho a la explotación, según su autonomía privada, de la actividad que han emprendido.

El artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela acogió el derecho de todos los particulares a emprender y desarrollar la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las expresamente establecidas en la Constitución y la Ley. En efecto, dispone el mencionado artículo 112 lo siguiente:

“Artículo 112: Todas las personas pueden dedicarse libremente a la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las previstas en esta Constitución y las que establezcan las leyes, por razones de desarrollo humano, seguridad, sanidad, protección del ambiente u otras de interés social. El Estado promoverá la iniciativa privada, garantizando la creación y justa distribución de la riqueza, así como la producción de bienes y servicios que satisfagan las necesidades de la población, la libertad de trabajo, empresa, comercio, industria, sin perjuicio de su facultad para dictar medidas para planificar, racionalizar y regular la economía e impulsar el desarrollo integral del país.”. (Resaltado de la Corte).

Es en ejercicio de ese derecho de libre iniciativa económica, que en Venezuela ha aparecido el modelo de medicina prepagada y de hospitalización -distinta de la actividad aseguradora-, empresas que prestan con sus médicos servicios directos a los afiliados, bien bajo contratos con profesionales de la medicina o clínicas privadas, constituidas por organizaciones de muy variada naturaleza tanto social como jurídica o económica: existen, por

ejemplo, entidades con y sin fines de lucro, sociedades comerciales, con la particularidad de que ofrecen coberturas integrales o de alguna especialidad en medicina. La heterogeneidad, que se refleja también en términos del estatus jurídico, la composición del capital accionario, la población que sirven, la realidad local en la que operan y el conjunto de prestaciones básicas que son objeto de aseguramiento, hace difícil lograr un concepto acabado y único de la medicina prepaga, tan importante a la hora de determinar cuál será el objeto de regulación.

Conforme a lo anterior, este Órgano Jurisdiccional observa que la medicina prepagada, se presenta bien, a través la unión o asociación de un grupo de profesionales de la salud integrados en una estructura biomédica, que ciertamente incluye recursos tecnológicos y científicos de que dispone hoy la ciencia médica para el cuidado, conservación y rescate de la salud, o de clínicas, que prestan directamente el servicio a un grupo de afiliados, quienes se comprometen al pago adelantado de tales servicios; e igualmente podría presentarse a través de la creación de una persona jurídica bajo la forma de sociedad mercantil o asociación civil, que se limita a la celebración de los contratos con los afiliados y a la contratación de los servicios médicos con otras entidades, prestando en definitiva una actividad de intermediación y cobertura de riesgos.

En líneas generales, puede caracterizarse a las empresas de medicina prepagadas como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. La denominación usual deriva de que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan las alteraciones de salud, o según sea requerida de acuerdo a los planes ofrecidos, lo que evidencia que se trata de una actividad económica de interés social.

El usuario de este tipo de servicio no sólo es un consumidor sino que,

antes de ello, es sujeto del derecho a la salud. Esto es: más allá de las relaciones y modalidades contractuales en las que el usuario debe hacer valer sus derechos como tal, en la medicina prepaga siempre está en juego el derecho a la salud -y el derecho a la vida-.

Al ser así, resulta claro que para el desarrollo de sus actividades, las empresas de medicina prepagadas tienen como uno de sus presupuestos básicos, el de “la prestación de un servicio público”, como es el de salud, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, está sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites.

Se evidencian, así mismo, otras actividades conexas a la prestación de la medicina prepagada que también ameritan la intervención estatal, en lo relativo a la reglamentación e inspección de las profesiones que pueden presentar un riesgo social, como sucede con el ejercicio de la medicina (Ley del Ejercicio de la Medicina, arts. 4 y 8), y el control de las actividades de manejo de recursos captados al público como fuente de financiación de su actividad.

.....

**TEMA: DERECHO A LA SALUD Y LA MEDICINA
PREPAGADA**

Máxima: el derecho a la salud es un derecho fundamental de orden social, pues afecta al interés general; más allá de los intereses particulares, representa para el Estado una obligación, en los términos establecidos en artículo 85 constitucional, de intervenir y regular las instituciones que dediquen a la prestación de los servicios de salud.

Máxima: en la medicina prepagada existe siempre el riesgo de que la persona abone la tarifa pero no pueda

acceder al servicio de salud al cual tiene derecho según el contrato, pues si la entidad entra en crisis por no haber efectuado manejos financieros adecuados el cliente queda desprotegido.

Máxima: las empresas de medicina prepagada manejan importantes recursos de las personas contratantes, interesadas en prever hacia el futuro los potenciales riesgos de salud, lo cual justifica más aun la intervención del Estado, pues se trata de garantizar que estas empresas, como depositarias de la confianza pública, cuenten con una adecuada organización y funcionamiento, a fin de proteger también los derechos de los consumidores o usuarios.

Máxima: la medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros al asumir ajenas consecuencias de problemas de salud, que maneja recursos captados del público, y que obtiene un lucro con el ejercicio de esa actividad, con lo cual, conforme al artículo 86 de la Constitución, se trata de una actividad de interés público en el cual el control estatal debe ser más intenso.

EXTRACTO:

Ahora bien, en referencia al derecho a la salud, en sentencia N° 2008-1543 de fecha 12 de agosto de 2008, (caso: LABORATORIOS SUBSTANTIA, C.A.), esta Corte señaló lo siguiente:

“(...) el derecho a la salud, que es un derecho humano fundamental como parte del derecho a la vida, objeto de protección especial

por parte del Estado Social de Derecho y de Justicia que impera en Venezuela, conforme lo prevé el artículo 83 de la Constitución cuando establece, que ‘La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo, el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República’.” (Resaltado de este fallo).

Igualmente, y en relación a este derecho, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, en sentencia N° 1362, de fecha 11 de agosto de 2006 (caso: JULIA M. MARIÑO DE OSPINA y otros, citando sentencias números 487 y 864 de fecha 6 de abril de 2001 y 8 de mayo de 2002, respectivamente), señaló que

“(...) el derecho a la salud como parte integrante del derecho a la vida, ha sido consagrado en nuestra Carta Magna como un derecho social fundamental (y no como simples «determinaciones de fines de estado»), cuya satisfacción corresponde principalmente al Estado, cuyos órganos desarrollan su actividad orientados por la elevación (progresiva) de la calidad de vida de los ciudadanos y, en definitiva, al bienestar colectivo (...) se desprende que se ha considerado el derecho a la salud como un derecho fundamental de orden social al afectar a una parte de la colectividad o al interés general, más allá de los intereses particulares (...).” (Resaltado y subrayado de la Corte).

Anteriormente, la misma Sala, en sentencia N° 1286 de fecha 12 de junio de 2002 (caso: Francisco José Pérez Trujillo) señaló, que “(...) el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela consagra

el derecho que tienen todas las personal a la salud el cual fue configurado por el constituyente como un derecho social fundamental, garantizado por el Estado a través de la fomento y ejecución de políticas encaminadas a mejorar el nivel de vida personal, el bienestar general y el disfrute de los servicios públicos.” (Subrayado y resaltado de la Corte).

Se desprende de los criterios jurisprudenciales supra transcritos, que considerado el derecho a la salud como un derecho fundamental de orden social, pues afecta al interés general, más allá de los intereses particulares, representa para el Estado una obligación, en los términos establecidos en artículo 85 constitucional, intervenir y regular las instituciones que dediquen a la prestación de los servicios de salud.

El mencionado artículo 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, lo siguiente:

“Artículo 85. El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley (...omissis...) El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.”. (Resaltado de la Corte).

De esta manera, la medicina prepagada no es una actividad de cualquier tipo, puesto que por medio de ella tales empresas prestan un servicio de salud, el cual es público, esencial y está a cargo del Estado, quien tiene la obligación de garantizarlo de manera continua y eficiente. De otro lado, el desarrollo de esta actividad implica el ejercicio de la medicina, que es una profesión que implica riesgos sociales que justifican la inspección y vigilancia estatal.

Finalmente, este tipo de prestación del servicio de salud es específico debido a la modalidad del prepago, pues ella implica mayores riesgos para los usuarios del sistema. Así, cuando un cliente paga un servicio ya pres-

tado su necesidad de atención de salud ha sido satisfecha. En cambio, en la medicina prepagada existe siempre el riesgo de que la persona abone la tarifa pero no pueda acceder al servicio de salud al cual tiene derecho según el contrato, pues si la entidad entra en crisis por no haber efectuado manejos financieros adecuados el cliente queda desprotegido.

Ciertamente, estas entidades manejan importantes recursos de las persona contratantes, interesadas en prever hacia el futuro, los potenciales riesgos de salud, lo cual justifica más aun la intervención del Estado, pues se trata de garantizar que estas empresas, como depositarias de la confianza pública, cuenten con una adecuada organización y funcionamiento, a fin de proteger también los derechos de los consumidores o usuarios.

En este orden de ideas, el único interlocutor válido para dar respuesta a las demandas de los usuarios, quienes hallándose desprotegidos frente a los oferentes de servicios, son los actores sociales que presentan mayores dificultades a la hora de lograr que se respeten sus derechos en materia de salud, es el Estado.

En síntesis, la intervención estatal sobre la medicina prepagada tiene un fundamento constitucional múltiple: uno general, que es la intervención del Estado en la economía (artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela), y otros tres mucho más específicos: de un lado, ella es la expresión de la inspección y vigilancia de una profesión de riesgo social como lo es el ejercicio de la medicina; de otro lado, por tratarse del servicio público de atención de la salud, el Estado mantiene la regulación, el control y la vigilancia de esta actividad (artículos 19, 83 y 85 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela) y, finalmente, por la particular naturaleza de las medicinas prepagadas, puesto que en ellas se manejan recursos captados del público, lo que nos indica que estamos en presencia de una actividad de interés público que debe ser sometida a la especial vigilancia del Gobierno, a fin de que el desarrollo de dichas actividades esté en concordancia con el interés público, y que en el funcionamiento de tales actividades se salvaguarden adecuadamente

los intereses de los usuarios de los servicios ofrecidos por las entidades objeto de intervención (artículo 117 Constitucional).

Sin embargo, en opinión de quien decide, la medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros al asumir ajenas consecuencias de problemas de salud, que maneja recursos captados del público, y que obtiene un lucro con el ejercicio de esa actividad, por lo cual, conforme al artículo 86 de la Constitución, se trata de una actividad de interés público en el cual el control estatal debe ser más intenso.

.....
**TEMA: MEDICINA PREPAGADA Y ACTIVIDAD
ASEGURADORA**

Máxima: la actividad realizada por las empresas que prestan servicios de medicina prepagada es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M), en virtud de: i) la mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes; ii) El lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad.

Máxima: las empresas de medicina prepagada deberán cumplir con los requisitos, regulaciones y controles establecidos en la ley con competencia en seguros, toda vez que, la actividad desplegada por estas empresas, aun cuando existen diferencias entre su objeto social y las sociedades mercantiles dedicadas a la actividad aseguradora, deben encontrarse bajo la vigilancia, control y supervisión del Estado.

Máxima: Las empresas de medicina prepagada, dada su naturaleza, además de estar sometidas al régimen de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, han de someterse igualmente a las regulaciones previstas en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, así como a los controles ejercidos por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

EXTRACTO:

Ciertamente, la actividad realizada por las empresas que prestan servicios de medicina prepagada “(...) es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H. C.M), con lo cual puede reducirse a una actividad propia del mercado asegurador y no de una verdadera medicina prepagada, en vista de que cumple con los requisitos para ser una actividad de seguros, por cuanto en ella encontramos: 1) La mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes, que son en definitiva quienes van a soportar la pérdida al materializarse el riesgo (enfermedad o accidente que den origen a la obligación de prestar el servicio médico (sic)). 2) El lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad”. (Superintendencia de Seguros. Dictámenes 2004, N° 22. Consideraciones sobre Medicina Prepagada y sus diferencias con la actividad aseguradora. http://www.sudese.gov.ve/dict_2004_22.php).

Aunado a lo expuesto se advierte, que el artículo 5° del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro señala, que “El Contrato de seguro es aquél en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados

el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza. Las disposiciones del contrato de seguro se aplicarán a los convenios mediante los cuales una persona se obliga a prestar un servido o a pagar una cantidad de dinero en caso de que ocurra un acontecimiento futuro e incierto y que no dependa exclusivamente de la voluntad del beneficiario a cambio de una contraprestación, siempre que no exista una ley especial que los regule.”, de donde se desprende la similitud que existe entre la actividad que realizan las empresas de medicina prepagada con las que efectúan las empresas de seguros.

En refuerzo de lo anterior, resulta oportuno traer a colación que dada la importancia del tema, el mismo ha sido objeto de discusión en el seno del órgano legislativo nacional, a tal punto que el espíritu del legislador está ampliamente ganado a la idea de que hay que someter a la vigilancia, fiscalización y control del Estado a este tipo de empresas.

Ello así, es evidente la importancia que tienen las empresas de medicina prepagada, al punto de considerar esta Corte, que esas empresas deberán cumplir con los requisitos, regulaciones y controles establecidos en la ley con competencia de seguros, por consiguiente, la actividad desplegada por estas empresas, aun cuando existen diferencias entre su objeto social y las sociedades mercantiles dedicadas a la actividad aseguradora, reitera este Órgano Jurisdiccional que deben encontrarse bajo la vigilancia, control y supervisión del Estado, por cuanto tal como antes se señaló, tales empresas prestan un servicio de salud, el cual es esencial y público; además, el desarrollo de esta actividad implica el ejercicio de la medicina, que es una profesión que implica riesgos sociales, elementos éstos que justifican suficientemente la inspección y vigilancia estatal. En consecuencia, conforme a lo previamente señalado, este Órgano Jurisdiccional considera que empresas como la recurrente, que se dedican a la prestación de la medicina prepagada, dada su naturaleza, deben someter su actuación tanto al Ministerio del ramo como a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS y por

su estrecha vinculación con los consumidores de ese servicio, han de someterse igualmente a las regulaciones previstas en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, así como a los controles ejercidos por el INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS).

.....

TEMA: CONTRATOS DE ADHESIÓN Y LAS POLIZAS DE SEGURO

Máxima: el contrato de adhesión es aquel cuyas cláusulas hayan sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios sin que el consumidor pudiera discutir o modificar su contenido.

Máxima: la póliza de seguro es necesariamente un contrato de adhesión, pues su articulado es aprobado previamente por la Superintendencia de Seguros, conforme lo establecen los artículos 66 y 67 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, sin la intervención de la otra parte, esto es, el asegurado.

Máximas: las pólizas de seguro constituyen un auténtico contrato de adhesión, en el cual queda excluida cualquier posibilidad de debate o dialéctica entre las partes, pues sus cláusulas son previamente determinadas por el asegurador, de modo que el asegurado se limita a aceptar cuanto ha sido establecido por el primero.

Máxima: se ha afirmado que el contrato de adhesión por ser la obra de una parte que goza de un monopolio económico de hecho –grandes bancos, compañías de seguros– o de derecho –servicios públicos concedidos– la aceptación más bien debe ser entendida como forzada,

por cuanto no existe la posibilidad de discutir el contenido de la convención “la libertad jurídica llega a ser una mentira y hay, en realidad, un constreñimiento que la sustituye”. (Vid. Kummerow Gert, Ob. Cit. Pág. 75). Es por esto que, frente a tales realidades, debe considerarse reforzada la especial tutela que deben brindarse a los consumidores o usuarios que contratan la adquisición de bienes o servicios formalizados por medio de este tipo de contratación, a los fines de proteger sus derechos, en el entendido que, podrían resultar contrarios a la buena fe y a las buenas costumbres o constituir un abuso de derecho.

EXTRACTO:

La libertad contractual tiene un fuerte anclaje en la Constitución el reconocimiento de la dignidad personal y el libre desarrollo de la personalidad, de manera que se les permita a los individuos auto-regular sus marcos de intereses conforme a lo acordado o convenido por éstas.

Existen limitaciones intrínsecas de la autonomía de la voluntad, así pues entre las críticas a la concepción liberal del contrato “hay quienes piensan que es entregar a los particulares una reserva de caza, una zona protegida o zona prohibida, en donde el Estado no tiene otra cosa que hacer sino dejar hacer... pero cuando se acude al ámbito público a solicitar el cumplimiento de ese contrato, se sale así de esa zona prohibida.” (Conferencia del catedrático español Luis Díez-Picazo en la Fundación Juan March (Madrid - España), acerca de “El Contrato y la Libertad Contractual) Vid. <http://www.march.es/conferencias/anteriores/voz.asp?id=2353>).

Así pues, bajo las directrices del artículo 18 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y Usuario, el contrato de seguro se enmarca como un contrato de adhesión, toda vez que si bien éste parte de la libertad contractual o autonomía de la voluntad de las partes, sus cláusulas

son propuestas por una sola de las partes de la relación contractual y aceptadas por la otra, sin posibilidad de discutir o modificar su contenido. El citado artículo establecía expresamente que por contrato de adhesión podría entenderse “aquél cuyas cláusulas hayan sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios sin que el consumidor pudiera discutir o modificar su contenido”, especificando que, en tales casos, “la inserción de otras cláusulas en el contrato no altera la naturaleza descrita de contrato de adhesión”.

Atendiendo al primer criterio definidor, la póliza de seguro es necesariamente un contrato de adhesión, pues su articulado es aprobado previamente por la Superintendencia de Seguros, conforme lo establecen los artículos 66 y 67 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, sin la intervención de la otra parte, esto es, el asegurado.

De igual manera, la póliza es también un contrato de adhesión, pues está contenida en un documento redactado por una de las partes (la aseguradora), que la otra parte debe aceptar en su totalidad o rechazar.

Conforme lo ha señalado la doctrina, el contrato de adhesión ha representado siempre “un caso típico de imposición de una voluntad sobre otra; de predominio del económicamente poderoso sobre el ‘débil jurídico’ constreñido a aceptar las cláusulas más onerosas para alcanzar, como contraprestación, un bien o un servicio indispensable para su subsistencia.” (vid. Kummerow, Gert. *Algunos Problemas Fundamentales del Contrato por Adhesión en el Derecho Privado*. Editorial Sucre. Caracas. Pág. 164) (Negritas de esta Corte).

Precisado lo anterior, advierte este Órgano Jurisdiccional que el contrato objeto de estudio constituye un auténtico contrato de adhesión en los términos expuestos, en el cual queda excluida cualquier posibilidad de debate o dialéctica entre las partes, pues sus cláusulas son previamente determinadas por el asegurador, de modo que el asegurado se limita a aceptar cuanto ha sido establecido por el primero.

En este orden, los contratos de adhesión son los instrumentos contractuales donde por excelencia, las cláusulas abusivas se ven con más frecuencia, pues los mismos pueden presentarse como vehículo que da lugar a excesos y a prácticas abusivas, vejatorias o injustas, que podrían llegar a vulnerar los derechos e intereses de los consumidores.

Así, la utilización de este tipo de contratos de adhesión, ha conllevado incluso a considerar, entre los aspectos desfavorables, la posible desaparición de la libertad contractual devenida de la redacción unilateral del contrato por una de las partes, unido a ciertas desventajas en la formación de voluntad debido a su ambigüedad.

De este modo, se ha afirmado que el contrato de adhesión por ser la obra de una parte que goza de un monopolio económico de hecho —grandes bancos, compañías de seguros- o de derecho —servicios públicos concedidos- la aceptación más bien, debe ser entendida como forzada, por cuanto no existe la posibilidad de discutir el contenido de la convención “la libertad jurídica llega a ser una mentira y hay, en realidad, un constreñimiento que la sustituye. (Vid. Kummerrow Gert, Ob. Cit. Pág. 75).

Es por esto que, frente a tales realidades, debe considerarse reforzada la especial tutela que deben brindarse a los consumidores o usuarios que contratan la adquisición de bienes o servicios formalizados por medio de este tipo de contratación, a los fines de proteger sus derechos, en el entendido que, podrían resultar contrarios a la buena fe y a las buenas costumbres o constituir un abuso de derecho.

.....

**TEMA: CLÁUSULAS ABUSIVAS EN EL CONTRATO DE
SEGURO Y LA PROTECCIÓN DEL ESTADO A LOS
CONTRATANTES DE PÓLIZAS DE SEGUROS**

Máxima: las cláusulas abusivas o limitativas de los derechos del asegurado son todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, causen en perjuicio del asegurado, un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes que se deriven del contrato.

Máxima: el Estado está obligado a tutelar los intereses amparados por la Constitución, a proteger a los débiles, y para el caso del contrato de seguro la defensa y protección jurídica debe recaer sobre el asegurado, quien suscribiendo el contrato con una empresa aseguradora se somete a las condiciones impuestas por ésta, con la sola posibilidad de aceptarlo o rechazarlo, sin poder discutir el contenido del negocio que se presenta como inmodificable, lo cual evidentemente constituye una desigualdad y desequilibrio en perjuicio del consumidor.

Máxima: en los contratos de seguro que atienden a la cobertura de riesgos de la salud, la protección es de mayor importancia por cuanto está en juego el derecho a la vida o a la salud, teniendo en cuenta la protección que les asigna nuestra Constitución y legislación, no siendo posible que una cláusula de estos contratos pueda entenderse de forma tal que ponga en peligro los derechos a la vida y a la salud del contratante.

Máxima: dado que al sector privado se le permite la función prestadora de salud, y visto el interés que reviste este derecho constitucional, quedan sometidos todos los organismos e instituciones públicas y privadas que realicen esta actividad, a las políticas y directrices en materia de salud que tenga a bien formular el Estado en beneficio de la colectividad y el interés general.

Máxima: el derecho a la salud constituye un derecho fundamental, que va más allá de los intereses particulares, cuya carga y regulación compete fundamentalmente al Estado y, en consecuencia, para ser plena y efectiva la protección a la salud, debe el Estado abarcar en toda su extensión las relaciones que establecen las personas con la atención sanitaria, a fin de preservar su integridad como derecho eminentemente del usuario y las garantías fundamentales como la oportunidad, la calidad científica y médica, y la adecuada atención.

Máxima: es menester que el asegurado o adherente desde el mismo momento de suscribir el contrato de seguro tenga pleno conocimiento de las limitaciones correspondientes, las cuales se insiste, no deben ser abusivas, toda vez que si se defraudan las expectativas sobre las cuales el asegurado se decidió a contratar, el contrato de seguro carecería de sentido y perdería su finalidad, el cual no es otra que el de cubrir los daños sufridos a consecuencia de un hecho futuro e incierto.

EXTRACTO:

Las cláusulas abusivas o limitativas de los derechos del asegurado son todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, causen en perjuicio del asegurado, un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes que se deriven del contrato. (Vid. Cláusulas Lesivas, Limitativas y Delimitadoras del Riesgo en el Contrato de Seguro. Pág. 6. <http://www.abogadodelconsumidor.com/Delimitacion.pdf>.)

En tal sentido, el Estado está obligado a tutelar los intereses amparados por la Constitución, a proteger a los débiles, y para el caso del contrato

de seguro la defensa y protección jurídica debe recaer sobre el asegurado, quien suscribiendo el contrato con una empresa aseguradora se somete a las condiciones impuestas por ésta, con la sola posibilidad de aceptarlo o rechazarlo, sin poder discutir el contenido del negocio, que se presenta como inmodificable, lo cual evidentemente constituye una desigualdad y desequilibrio en perjuicio del consumidor.

Esta protección cobra mayor importancia en los contratos de seguro que tienden a la cobertura de riesgos de la salud, pues cuando está en juego el derecho a la vida o a la salud, teniendo en cuenta la protección que les asigna nuestra Constitución y legislación, no es posible que una cláusula de estos contratos pueda entenderse de forma tal que ponga en peligro los derechos a la vida y a la salud del contratante.

Si bien los contratos de seguros contemplan los derechos y obligaciones tanto del asegurador como del asegurado, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de fecha 23 de marzo de 1999, ha integrado el derecho a la salud como parte del derecho a la vida, así pues, no puede esta Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, pasar desapercibido la gran importancia que trae consigo el caso objeto de estudio, dado que se encuentra esencialmente vinculado con el derecho a la salud contemplado reiteradamente en nuestra norma fundamental.

El concepto de salud se entiende -siguiendo la doctrina sanitaria de la Organización Mundial de la Salud- como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o de enfermedades.

Este derecho reconocido en las principales declaraciones internacionales de Derechos Humanos incluye el derecho a la asistencia médica, el cual tiene como fundamento la dignidad de la persona humana y cuya satisfacción corresponde principalmente al Estado, no obstante cuando los particulares presten los servicios de salud, cualquier criterio económico que éstos tomen y que pretendiera hacer nugatorio el ejercicio de tales

derechos, debe ceder en importancia pues sin el derecho a la vida los demás derechos resultarían inútiles.

La protección en este sentido, es indispensable dado que al sector privado se le permite la función prestadora de salud, y visto el interés que revisa este derecho constitucional quedan sometidos todos los organismos e instituciones públicas y privadas que realicen esta actividad, a las políticas y directrices en materia de salud que tenga a bien formular el Estado en beneficio de la colectividad y el interés general.

En relación a este derecho, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, en sentencia N° 1362, de fecha 11 de agosto de 2006 (caso: Julia M. Mariño de Ospina y otros, citando sentencias números 487 y 864 de fecha 6 de abril de 2001 y 8 de mayo de 2002, respectivamente), señaló que

“(...) el derecho a la salud como parte integrante del derecho a la vida, ha sido consagrado en nuestra Carta Magna como un derecho social fundamental (y no como simples «determinaciones de fines de estado»), cuya satisfacción corresponde principalmente al Estado, cuyos órganos desarrollan su actividad orientados por la elevación (progresiva) de la calidad de vida de los ciudadanos y, en definitiva, al bienestar colectivo (...) se desprende que se ha considerado el derecho a la salud como un derecho fundamental de orden social al afectar a una parte de la colectividad o al interés general, más allá de los intereses particulares (...)” (Resaltado y subrayado de la Corte).

De los criterios expuestos se infiere que el derecho a la salud constituye un derecho fundamental, que va más allá de los intereses particulares, cuya carga y regulación compete fundamentalmente al Estado, y en consecuencia para ser plena y efectiva la protección a la salud, debe el Estado abarcar en toda su extensión las relaciones que establecen las personas con la atención sanitaria, a fin de preservar su integridad como derecho eminentemente del usuario y las garantías fundamentales como la oportunidad, la calidad científica y médica, y la adecuada atención.

Conforme la doctrina española la definición abstracta de las cláusulas abusivas no resulta fácil de hacer, no obstante parte de las siguientes ideas: i) Desviación del modo de la buena fe contractual, entendida ésta como fuente de integración del contenido contractual y por tanto, como una fuente de producción de derechos y facultades o de obligaciones o cargas de las partes; y ii) el detrimento o perjuicio del adherente y la de desequilibrio, de tal modo que en el primer sentido las cláusulas serán abusivas si atribuyen al proponente los derechos y facultades de carácter exorbitante, o si introducen limitaciones o restricciones en los derechos y facultades del adherente, y en el segundo campo, las cláusulas serán abusivas cuando supriman o reduzcan obligaciones del predisponente y cuando aumente las cargas y obligaciones del adherente. (Vid. Luis Díez-Picazo y Ponce de León. *Las Condiciones Generales de la Contratación y Cláusulas Abusivas*. Editorial Civitas. Págs. 41 y 42) (Negritas de esta Corte).

El derecho al consumidor y las cláusulas abusivas han sido analizadas por esta Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo mediante sentencia N° 2008-01560 de fecha 12 de agosto de 2008, Caso Banco Exterior C.A., Banco Universal contra el Consejo Directivo del Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), de la siguiente manera:

“Así las cosas, se puede afirmar que la protección al consumidor viene determinada por la existencia de situaciones nuevas que necesitan una defensa contra la agresividad desplegada por los empresarios en el mercado y una especial protección no alcanzable con las normas generales que regulan el tráfico económico.

[...omissis...]

Esta exigencia que impone que la protección de los consumidores y los usuarios, sea estudiada a través de un derecho especial se encuentra en el postulado fundamental que parte de considerar que entre éstos y los proveedores de bienes y servicios no existe

igualdad real. Así, en condiciones ordinarias el tráfico mercantil se procura a través de contratos basados en el principio de la libre e igual autonomía de la voluntad de las partes. Se entiende, sin embargo, que existe un fallo de mercado que impide que tal igualdad contractual pueda presentarse fácilmente, representada en la desigual posición en la que se encuentran los consumidores y los usuarios frente al empresario. Esa desigualdad hace inaplicable el régimen general de garantías que, a favor de esa categoría de sujetos, contiene ya el ordenamiento jurídico privado: instituciones como la nulidad del contrato por error o la garantía de saneamiento y evicción han sido establecidas, precisamente, a favor de los consumidores y usuarios. Sólo que el fallo del mercado constatado hace insuficiente ese régimen ordinario, siendo preciso acudir a un régimen exorbitante de Derecho común.

[...omissis...]

En este orden de ideas, en su oportunidad destacó el Profesor DE CASTRO Y BRAVO, que '[la] historia no se repite, sí los artificios (...) un grupo social poderoso [es este caso, los prestadores de un servicio] emplean la forma de contrato para aumentar su poder, desplazar el Derecho legislativo, crear nuevas normas e imponer una jurisdicción a su servicio [destacando que] las cláusulas de exoneración pueden ser impugnadas por varios motivos; cuando el resultado a que se llegue choque gravemente con los principios de justicia conmutativa o con la buena fe (resolviendo según aconseje la justicia y la equidad al caso concreto); cuando se deje prácticamente al arbitrio de una de las partes el cumplimiento de la prestación principal, y en el caso de que uno de los contratantes se desprenda simplemente de las acciones o excepciones que le correspondan (...) la agravación de las responsabilidades impuesta al cliente y la exoneración de responsabilidad concedida al empresario, no pueden resultar por la especialidad del contrato concertado y hacen que, normalmente se les pueda calificar como renuncia de leyes y, en consecuencia, como cláusulas nulas' (Vid. DE CASTRO Y BRAVO, Federico. 'Las condiciones generales de los contratos y

la eficacia de las Leyes'. Madrid: Cuadernos Civitas, 1987. p. 78).
(Destacados del texto).

En este sentido, advierte esta Corte que el artículo 21 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario expresaba que 'no producirán efecto alguno las cláusulas o estipulaciones en los contratos de adhesión que:

1. Otorguen a una de las partes la facultad de resolver a su solo arbitrio el contrato, salvo cuando ella se conceda al comprador en las modalidades por correo, a domicilio o por muestrario; 2. Establezcan incrementos de precio por servicio, accesorios, aplazamientos, recargos o indemnizaciones, salvo que dichos incrementos correspondan a prestaciones adicionales que sean susceptibles de ser aceptadas o rechazadas en cada caso y estén expresadas con la debida claridad y separación; 3. Hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor; 4. Privén al consumidor o al usuario de su derecho a resarcimiento frente a deficiencias que afecten la utilidad o finalidad esencial del producto o servicio; 5. Estén redactados en términos tan vagos o imprecisos; o no impresos en caracteres legibles, visibles y destacados que faciliten su comprensión. (Negrillas del texto).

[...omissis...]

En síntesis, en atención a las disposiciones legales vigentes, las cuales desarrollan el enunciado constitucional que pretende erigir auténticas normas de derecho público que actúen en función de la protección de los consumidores y de los usuarios, puede este Órgano Jurisdiccional señalar que el artículo 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela cumple el papel de cláusula general que tienen por objeto prevenir que el contenido de los contratos de adhesión no contravengan los principios de justicia, orden público y buena fe, con exclusión de las situaciones abusivas. (Negrillas del texto).

Esta disposición, a juicio de esta Corte, viene a concretar la obligación de trato equitativo y digno que impone la Constitución, lo cual, a modo de consecuencia inmediata, lleva necesariamente también al justo equilibrio de las prestaciones, por cuanto si no existe equilibrio existe abuso o desproporción, que operaría como causa de nulidad de la cláusula o estipulación en cuestión.

En efecto, en criterio de esta Corte, el trato equitativo y digno y el debido respeto a los principios de justicia, orden público y buena fe se contraviene en estos contratos cuando no existe un debido equilibrio de prestaciones o cuando el proveedor ejerza sus derechos de manera abusiva, en detrimento de los intereses económicos y sociales de consumidores y usuarios.” (Resaltado de esta Corte).

De los criterios expuestos, esta Corte estima que en materia de seguros serían catalogadas como cláusulas abusivas a los derechos del asegurado, aquéllas que restrinjan o excluyan algún derecho que, en principio, correspondería al asegurado, o que le impongan una obligación que de otra forma no tendría. Así pues, cualquier alteración de la normal distribución de derechos y obligaciones en perjuicio del adherente habrá de estimarse abusiva por venir impuesta por el predisponente en detrimento del usuario, que por imperativo de la buena fe y la equidad debe redactar el contrato en los términos que en este caso el asegurado pueda esperar, es decir, en la misma forma que resultaría de una composición negociada.

No obstante, es menester acotar que resulta perfectamente admisible que las compañías aseguradoras pretendan delimitar el ámbito de cobertura que están dispuestos a asumir con el fin de garantizar la viabilidad de su negocio, pero han de hacerlo respetando los parámetros elementales del contrato, de forma que sobre esa delimitación concurre el consentimiento informado del asegurado, siga ofreciendo una cobertura real y que se corresponda con lo que el asegurado desea cubrir a cambio de su prestación, del pago de la prima.

De este modo, se permite en los contratos de seguro determinadas cláusulas que limiten los derechos del asegurado, siempre y cuando sean aceptadas por éste y sin alterar el normal equilibrio de prestaciones, a manera de ejemplo podemos citar aquellas que limitan el riesgo o la indemnización, puesto que la contraprestación o prima, se calcula por métodos actuariales en función del nivel de riesgo y de la cuantía de la indemnización.

Conforme se acaba de exponer, Es menester que el asegurado o adherente desde el mismo momento de suscribir el contrato de seguro tenga pleno conocimiento de las limitaciones correspondientes, las cuales se insiste, no deben ser abusivas, toda vez que si se defraudan las expectativas sobre las cuales el asegurado se decidió a contratar, el contrato de seguro carecería de sentido y perdería su finalidad, el cual no es otra que el de cubrir los daños sufridos a consecuencia de un hecho futuro e incierto.

Así pues, resulta inconcebible para este Órgano Jurisdiccional la incertidumbre y el desamparo de quien se encuentra enfermo y que, a pesar de haber contratado un seguro médico, no es asistido como esperaba, por la conducta abusiva de las aseguradoras en librarse de responsabilidades legalmente establecidas, ocasionando desequilibrios en la relación contractual que ocasionen perjuicio a la parte más débil, el asegurado o adherente.

.....

TEMA: ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Máxima: las enfermedades o padecimientos que no sean ni conocidos ni declarados por el contratante y que no se puedan diagnosticar sobre bases científicas sólidas constituye una forma genérica de determinar la pre-existencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, pues, su contenido favorece especialmente a la empresa, contraviniendo el trato equitativo, digno y

el debido respeto a los principios de justicia, orden público y buena fe que debe privar en todo contrato.

Máxima: la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad, en tal sentido, se reitera, al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato.

Máxima: cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de la cobertura del contrato deberá ser asumido íntegramente por la entidad de medicina prepagada; en consecuencia, el rechazo a prestar los servicios al usuario sin más justificación legal que los derechos inherentes a la empresa puede provocar una violación al derecho fundamental a la salud, a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y podría llegar a impedir el deber constitucional y legal que tiene toda persona de procurar el cuidado de su salud.

Máxima: cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta: en primer término, que ésta es distinta a los plazos de espera; en segundo lugar, debe quedar

demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística, y en tercer lugar, como consecuencia de lo anterior, las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazados es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.

EXTRACTO:

Ahora bien, expuestas las anteriores consideraciones, es menester para esta Corte analizar el contrato de seguro médico suscritos entre la sociedad mercantil Sanitas Venezuela S.A., y el cónyuge de la ciudadana Arminda Pérez de Montana, fungiendo ésta como beneficiaria, denominado “CONTRATO FAMILIAR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA”.

Así pues, de la revisión efectuada esta Corte estima necesario traer a colación el contenido de las cláusulas señaladas por las partes, estipuladas en el referido contrato de seguro, identificado con el N° 50-10-44801, el cual contempla lo siguiente:

“CLÁUSULA PRIMERA. DEFINICIONES

[...Omissis...]

15. Preexistencia: Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas.” (Negritas del original y subrayado de esta Corte)

“CLÁUSULA CUARTA - EXCLUSIONES O LIMITACIONES CONTRACTUALES

1. Sanitas, excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos:

[...Omissis...]

1.3. Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, declaradas o no, conocidas o no por el usuario, así como aquellas que puedan derivarse de éstas, sin perjuicio de que se puedan diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. EL CONTRATANTE en nombre propio y en el de los usuarios en cuyo favor estipula y/o cada uno de éstos o sus Representantes Legales, o el titular de cada grupo familiar deben manifestar al momento de suscribir la solicitud de afiliación, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades recidivas o que requieran o hubieran requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos de rehabilitación a base de medicamentos u otros agentes externos.

Expresándolo así, la afección se tendrá como preexistente y, en consecuencia, ajena a las prestaciones contractuales pactadas. En caso de preexistencia, SANITAS se reserva el derecho de aceptar o de negar el ingreso del usuario en cuestión o del grupo de usuarios, y aceptándolo se entenderá incorporada al contrato la Cláusula de EXENCIÓN para SANITAS en cuanto a la prestación de servicios relativos a la preexistencia o afecciones derivadas de la misma, respecto de las declaradas y de las que se llegaren a determinar con posterioridad.

En anexo que forma parte integral del contrato, se incluyen las preexistencias y demás exclusiones de cada usuario en particular, identificadas inicialmente, sin perjuicio de su actualización con las que se identifiquen sobre bases científicas sólidas durante la ejecución del contrato”. (Resaltado de esta Corte)

De las cláusulas transcritas se observa, en primer lugar que el ente asegurador ha catalogado como enfermedades preexistentes “preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación sin perjuicio de que

se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas,” señalando además un anexo que forma parte integrante del contrato, en el cual se incluyen las preexistencia y demás exclusiones de los usuarios y beneficiarios de dicho contrato.

Ahora bien, de la revisión exhaustiva del contrato objeto de estudio no se observó el anexo al cual hace referencia la cláusula 1.3 del Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica, identificado con el N° 50-10-44801, en el cual presuntamente se especifican las enfermedades preexistentes y demás exclusiones que afectan a los usuarios y beneficiarios del citado contrato. Sin embargo, encontró esta Corte al folio 8 del expediente administrativo una carta emanada de SANITAS dirigida al tomador de la póliza, en fecha 17 de octubre de 2003, donde se le indicaba que “esta [sic] excluido el cubrimiento a los servicios, que para su prestación requieren autorización por parte de la Compañía, sobre las patologías, a continuación relacionadas, por ser preexistentes a la fecha de afiliación a la Organización” y a continuación, únicamente se especifica: “SECUELA CIRUGIA VESICULAR BILIAR”. (Mayúsculas del original)

En tal sentido, esta Corte advierte, que el hecho de que las enfermedades o padecimientos no sean ni conocidos ni declarados por el contratante aunado a que se “(...) pueda diagnosticar (...) sobre bases científicas sólidas” constituye una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, pues a juicio de quien decide, su contenido favorece especialmente a la empresa, contraviniendo “el trato equitativo y digno y el debido respeto a los principios de justicia, orden público y buena fe” que debe privar en todo contrato.

En efecto, siguiendo la lectura de las cláusulas citadas, y la amplitud referida a que se “(...) pueda diagnosticar (...) sobre bases científicas sólidas” las enfermedades o padecimientos preexistentes, cabe preguntarse con qué tipo de atención podría contar un afiliado en el transcurso de la vigencia del contrato; virtualmente, ninguna (con excepción del supuesto

de consultas, atención por accidentes, compra de medicamentos y análisis de laboratorio).

Ello por cuanto, la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad, en tal sentido, se reitera, al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato.

Lo anterior implica, que cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de la cobertura del contrato deberá ser asumido íntegramente por la entidad de medicina prepagada, en consecuencia, el rechazo a prestar los servicios al usuario sin más justificación legal que los derechos inherentes a la empresa puede provocar una violación al derecho fundamental a la salud, a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y podría llegar a impedir el deber constitucional y legal que tiene toda persona de procurar el cuidado de su salud. Así se decide.

En atención a ello, el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro define por preexistencia lo siguiente:

“Artículo 116. Se entiende por preexistencia toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado un contrato de seguros de hospitalización, cirugía y maternidad y que sea conocida por el tomador, asegurado o el beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubren las enfermedades preexistentes.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente”. (Resaltado de esta Corte)

Conforme la normativa señalada, a criterio de esta Corte el concepto de enfermedad preexistente o preexistencia señalado por la sociedad mercantil recurrente deberá ser interpretado de la siguiente manera: aquella enfermedad padecida por el asegurado anteriormente al momento que se contrata el seguro y que fuera conocida o no por el asegurado (o el tutor, en casos de menores de edad), pero que en todo caso deberá ser diagnosticada con anterioridad a la suscripción del mismo, bien sea mediante los exámenes realizados por las compañías aseguradoras o por la declaración que a tal efecto haga el asegurado, lo cual en ambos casos quedará predeterminado en forma individual y para cada caso en particular en la correspondiente póliza de seguro, a los fines de que el asegurado tenga pleno conocimiento de las exclusiones a los cuales se encuentra sometido.

Por otra parte, resulta necesario traer nuevamente a colación lo señalado por esta Corte mediante sentencia N° 2008-2368 de fecha 17 de diciembre de 2008, caso: Dominga Trotti De Vázquez contra la sociedad mercantil Seguros Horizonte, C.A., en cuanto a la comprobación de las enfermedades preexistentes, en la cual se dispuso lo siguiente:

Ahora bien, en cuanto a la comprobación de estas enfermedades en la contratación de las pólizas de seguro, la Superintendencia de Seguros de la República Bolivariana de Venezuela mediante el dictamen titulado “La Prueba de la Preexistencia y su diferencia con los Lapsos de Espera”, ha señalado lo siguiente:

‘En cambio, cuando se está en los casos de preexistencia, el asegurador para poder verse librado de su obligación de indemnizar, deberá comprobar y demostrar que las causas del siniestro (enfer-

medad por ejemplo), existen con anterioridad al siniestro o ellas son congénitas. Para ello no basta con las estadísticas que al efecto establezcan revistas médicas o criterios médicos, sino que por el contrario deberán ir a los hechos, tanto a los exámenes médicos practicados con anterioridad a la contratación de la póliza, como a los efectuados al momento en que se diagnostica la misma (ocurrencia del siniestro); también deberán ser analizados los informes levantados por los médicos tratantes e incluso los informes de los médicos que a tal efecto contratan las empresas, pero éstos no pueden basarse en suposiciones (como ocurre en el presente caso) o en estadísticas (como ocurre en tantos otros), porque en el primero de esos casos esas suposiciones pueden ser fácilmente desvirtuadas con pruebas contundentes, y en el caso de estadísticas el asegurado podrá estar dentro del porcentaje que si está cubierto por la póliza, es decir, que la empresa aseguradora deberá tener una prueba en su poder que permita determinar eficazmente que el siniestro es realmente preexistente.

En síntesis, cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta en primer término, que ésta es distinta a los plazos de espera; en segundo lugar, debe quedar demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística, y en tercer lugar, como consecuencia de lo anterior, las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazados es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.' (Ver. www.sudese.gov.ve/dict_1998_1.php) (Resaltado de esta Corte)".

Conforme a lo expuesto, las enfermedades preexistentes deben determinarse al llenar el formato de declaración de salud al afiliarse, toda vez que la única declaración de salud válida es aquella que se suscribe al momento de la incorporación del asegurado o beneficiario al contrato de seguro, todo ello con el objeto de brindar a las partes contratantes una informa-

ción segura y acertada sobre el alcance de sus derechos y obligaciones, y en particular al beneficiario quien conocerá antes de la ocurrencia de cualquier siniestro el catálogo de las enfermedades preexistentes que serán excluidas por la empresa aseguradora.

.....

TEMA: PREEXISTENCIA CONOCIDA O NO

Máxima: un Tribunal español en 1989 dispuso que: ‘El concepto de ‘preexistencia conocida o no’ es de una latitud tal que podría involucrar enfermedades pretéritas curadas, otras desconocidas, enfermedades con sintomatología anterior a la incorporación que vinieron a evolucionar después en sus exteriorizaciones. Generalmente, el origen de las patologías es muy anterior en la mayoría de los casos, salvo accidente, y como las enfermedades tienen un curso prolongado, hasta genético a veces, serían muy poco los asociados admisibles. De ahí que el alcance de la cláusula no debe determinarse en forma tal que perjudique a la parte que no la predispuso.

Máxima: recae sobre la empresa aseguradora -por estar en mejores condiciones técnicas que el paciente- la función de investigar y determinar la pre-existencia de una enfermedad, a través de los exámenes médicos, chequeos y demás análisis que estime pertinente, siendo improcedente la liberación de tal responsabilidad amparándose en cláusulas limitativas de responsabilidad, que: i) establezcan definiciones genéricas; ii) cláusulas en las que la compañía se reserva la demostración de la preexistencia de enfermedad o que la misma es congénita; iii) cláusulas en las cuales la empresa se irroga la potestad de excluir cualquier enfermedad que conside-

re preexistente o congénita; iv) cláusulas en las que se excluye al asegurado por enfermedades no conocidas por éste, ni médicamente diagnosticadas.

Máxima: no actúa de mala fe quien no contesta lo que no se le pregunta.

Máxima: para que las compañías aseguradoras eviten tener que cubrir la contingencia del asegurado, la única posibilidad es haberlo sometido a un examen médico antes de suscribir el contrato, si no lo hizo o lo hizo, pero no se llegó a descubrir esa enfermedad, deberán éstas aceptar el riesgo.

Máxima: Los requisitos indispensables para que las compañías aseguradoras puedan alegar la preexistencia como causa excluyente de la obligación de indemnizar, son los siguientes: i) deberán establecer con anterioridad a la suscripción de la póliza las enfermedades preexistentes o que las mismas son congénitas, a través de la realización de los exámenes médicos pertinentes o la declaración que haga el tomador de la póliza, todo lo cual deberá quedar determinado en el correspondiente contrato de seguro, siendo éstas enfermedades previstas en el contrato las únicas que podrán ser excluidas de la cobertura de la póliza; ii) deberá existir una relación de causalidad directa entre la enfermedad preexistente diagnosticada y el siniestro sufrido por el asegurado; iii) sólo se dará lugar a la liberación del asegurador por la declaración u omisión de mala fe del tomador del seguro al momento de suscribir el contrato de seguro, siempre que esa declaración u omisión se deba a dolo o culpa grave del asegurado o beneficiario.

EXTRACTO:

Asimismo, es conveniente acotar que las cláusulas de exclusión de cobertura deben ser interpretadas restrictivamente, por lo que no es posible entender aquella que excluye la cobertura a las prestaciones no declaradas, pueda alcanzar todo el universo de posibles complicaciones inespecíficas de la enfermedad preexistente.

De igual manera, la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad, en tal sentido incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el asegurado, y en caso de la omisión por desconocimiento ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato de seguro.

En este orden, se ha afirmado que las empresas aseguradoras ‘no se contentan con exigir información acerca del estado de salud del asegurado sino que solicita, además un examen médico del mismo, por un profesional de la medicina que pueda ser impuesto por el asegurador. Puede entonces pactarse el contrato siguiendo dos métodos principalmente: o bien, pura y simplemente se exige la opinión del médico, acerca si el estado de salud del presunto asegurado es o no satisfactorio, y en base a ello se concluye o no el contrato, o bien se solicita del científico ciertos datos concretos, según un formulario detallado, y en base a las respuestas del propio asegurador determina si contratará o no y en qué condiciones lo hará’. (Vid. Mármol Marquis, Hugo. *El Seguro de Vida*. Colección Tesis de Doctorado Volumen III. Publicaciones de la Facultad de Derecho Universidad Central de Venezuela. 1964. Págs. 98 y 99).

Ello no puede ser de otra manera, toda vez que la mayoría de los contratos que ofrecen o comercializan las empresas aseguradoras imponen una cláusula de exclusión o limitación en los casos de enfermedades preexistentes, en consecuencia, para que éstas gocen de plena validez y eficacia

deben realizar los exámenes médicos pertinentes y suministrar al asegurado un formulario de declaración de salud, a los fines de dar respuesta a las interrogantes médicas sobre antecedentes patológicos de difícil demostración práctica.

En este sentido, resulta oportuno destacar que la jurisprudencia del Tribunal Español ha señalado que el carácter abusivo de estas cláusulas está dado porque a través de la misma la empresa se reserva y se irroga la potestad de excluir a un afiliado o bien negarle una prestación que debería estar cubierta, argumentando que posee una “enfermedad preexistente” a su ingreso, definiendo la propia empresa en forma unilateral el carácter de preexistente y sea esta patología conocida o no por el afiliado.

Señala el citado Tribunal que ‘A su vez esta cláusula crearía una supuesta ‘obligación’ en el beneficiario de declarar enfermedades o lesiones pre-existentes no conocidas a su ingreso y, asimismo las declare o no y las conozca o no, queda excluida la responsabilidad de la prestadora quien no va a dar cobertura a las prestaciones que de ella se deriven o bien le va a dar de baja al afiliado.’

Así, ya en un fallo del año 1989 del referido Tribunal estableció: ... ‘El concepto de preexistencia conocida o no’ es de una latitud tal que podría involucrar enfermedades pretéritas curadas, otras desconocidas, enfermedades con sintomatología anterior a la incorporación que vinieron a evolucionar después en sus exteriorizaciones. Generalmente, el origen de las patologías es muy anterior en la mayoría de los casos, salvo accidente, y como las enfermedades tienen un curso prolongado, hasta genético a veces, serían muy poco los asociados admisibles. De ahí que el alcance de la cláusula no debe determinarse en forma tal que perjudique a la parte que no la predispuso, pues se trata de un reglamento general tipificado y predispuesto por la entidad, siendo razonable inclinarse por los límites de sus significado, en beneficio del adherente.’ (CN Civ, Sala C, 4/7/89 ‘Pitluk, J C/ Cooperativa de medicina Intej Ltda. S/Sumario’). (Ver. www.consumocuidado.gba.gov.ar/downloads/med_prepaga_fund_clausula%20abusiva1.rtf)

De ahí es criterio de esta Corte la interpretación restrictiva que se le debe dar a estas cláusulas, visto que el alcance de las mismas no deben determinarse en forma tal que perjudiquen a la parte que no la predispuso, de tal manera que recaer sobre la empresa aseguradora -por ser esta última la que está en mejores condiciones técnicas que el paciente- investigar y determinar la 'pre-existencia' de una enfermedad, a través de los exámenes médicos, chequeos y demás análisis que estime pertinente, siendo impropio la liberación de tal responsabilidad amparándose en cláusulas limitativas de responsabilidad entre las cuales merece la pena mencionar aquellas con definiciones genéricas, cláusulas en las que la compañía se reserva la demostración de la preexistencia de enfermedad o que la misma es congénita, cláusulas en las cuales la empresa se irroga la potestad de excluir cualquier enfermedad que considere preexistente o congénita, cláusulas en las que se excluye al asegurado por enfermedades no conocidas por éste, ni médicamente diagnosticadas."

De igual manera, esta Corte al analizar diversas legislaciones dejó asentado lo siguiente:

"Estos mismos criterios han sido analizados en otras legislaciones, así la doctrina española ha señalado que 'el tomador tiene la obligación de declarar las enfermedades y demás antecedentes médicos que tenga cuando se le pregunte por ellos. Es decir, si no se le pregunta al respecto, no tiene que responder, no actúa de mala fe quien no contesta lo que no se le pregunta. La compañía aseguradora tiene derecho a pedir al asegurado que se someta a un examen médico para comprobar su estado de salud y así poder decidir si le asegura o no, y en el primer caso la prima que le corresponda; ahora bien, si desiste de requerirle para que se someta a ese reconocimiento para ahorrarse costes, es su problema, no del asegurado, porque implícitamente está aceptando que el goza de buena salud.' (Vid. Ballesterro Garrido, José Antonio. Artículo sobre el Seguro de Vida. www.rankia.com/articulos)

Conforme a lo expuesto, para que las compañías aseguradoras eviten tener que cubrir la contingencia del asegurado, la única posibilidad es haberlo sometido a un examen médico antes de suscribir el contrato, si no lo hizo, o lo hizo pero no se llegó a descubrir esa enfermedad, deberán éstas aceptar el riesgo.

Sobre el tema, la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, ha dictaminado sobre el tema lo siguiente:

‘Para juzgar como falsa o inexacta la declaración del denunciante, hubiera sido exigible la presencia de un profesional para facilitar el entendimiento del cuestionario de la solicitud en el momento de contestar las diferentes patologías detalladas. Correspondería a la empresa cargar con la prueba de que el asociado conocía su afección y que la ocultó dolosamente. No todo ocultamiento puede ser considerado como doloso ya que puede ocurrir que éste se deba a la carencia de conocimientos médicos de una persona profana en esa materia. No puede exigirse al hombre común que relacione el malestar que lo aqueja o aquejó en algún momento con los síntomas y signos propios de alguna enfermedad. Distinto es el caso cuando las particulares circunstancias de la afección hacen que sea imposible su desconocimiento por parte del paciente. Cuando uno de los litigantes se encuentra en una posición dominante en relación con el material probatorio su deber procesal de colaboración se acentúa al punto de atribuírsele una carga probatoria más rigurosa que a su contraparte. Es irrazonable pretender el ejercicio de la cláusula del contrato que prevé la baja por ocultamiento de información habiendo sido admitido ya como afiliado. La falta de detección de la patología que padecía el consumidor solo resulta imputable a la apelante, ya que es quien disponía de los medios para obtener un diagnóstico certero respecto del estado de salud del consumidor. No se trata de consagrar la obligación legal de realizar un examen riguroso para todos los eventuales interesados en ingresar al plan de salud, sino de evitar que la falta de diligencia y previsión de la empresa de medicina pre-paga derive en un perjuicio

cio para el particular, a quien no le era exigible denunciar una patología que no sabía (ni podía saber con seguridad) que padecía.” (Fallo: W.A.N.c/ Qualitas Medica S.A.s/daños y perjuicios) (Subrayado y negrillas de esta Corte)

Conforme a lo expuesto, para que las compañías aseguradoras eviten tener que cubrir la contingencia del asegurado, la única posibilidad es haberlo sometido a un examen médico antes de suscribir el contrato, si no lo hizo, o lo hizo pero no se llegó a descubrir esa enfermedad, deberán éstas aceptar el riesgo.

Conforme el criterio precedentemente citado, a juicio de esta Corte las compañías aseguradoras que pretendan alegar la presencia de una enfermedad preexistente como causa de exclusión en las póliza de seguro o someter al asegurado a plazos de espera para el goce de las coberturas establecidas en las mismas, deberán comprobar con anterioridad a la contratación la situación física del asegurado, dejar predeterminado en la correspondiente póliza las enfermedades diagnosticadas o declaradas por el mismo, y además demostrar al momento de la ocurrencia del siniestro la relación de causalidad directa entre éste y la enfermedad preexistente diagnosticada y contenida en el contrato.

Así pues, entre la enfermedad que le ha sido diagnosticada al asegurado antes del contrato de seguro y el siniestro alegado por la aseguradora como causa de exclusión o restricción de las coberturas señaladas en las pólizas de seguros, tendrá que existir una relación directa de causalidad en la cual se demuestre que fue la enfermedad preexistente la que provocó el siniestro padecido por el asegurado.

Tal argumentación tiene su razón de ser en que las compañías aseguradoras no pueden pretender aducir el padecimiento de una enfermedad preexistente como causa genérica para excluir los siniestros que hayan sufridos los asegurados dentro de los plazos de espera establecidos, y por ende el pago de las indemnizaciones debidamente estipulados en el contrato de seguro.

En tal sentido, a juicio de este Órgano Jurisdiccional resulta abusiva aquella cláusula que englobe como preexistente una universalidad de enfermedades no diagnosticadas ni declaradas al momento de la suscripción del contrato de seguro como lo hizo la aseguradora, más aún cuando el asegurado no tiene conocimiento alguno de tales enfermedades y la compañía aseguradora no realizó los exámenes médicos pertinentes, a los fines de diagnosticar previo a la suscripción del contrato cuáles enfermedades pre-existentes padecía el usuario y sus beneficiarios.

En atención a los criterios aludidos, esta Corte ha señalado mediante sentencia mediante sentencia N° 2008-2368 de fecha 17 de diciembre de 2008, caso: Dominga Trotti De Vásquez contra la sociedad mercantil Seguros Horizonte, C.A., los requisitos indispensables para que las compañías aseguradoras puedan alegar la preexistencia como causa excluyente de la obligación de indemnizar, los cuales son los siguientes:

I) Deberán establecer con anterioridad a la suscripción de la póliza las enfermedades preexistentes o que las mismas son congénitas, a través de la realización de los exámenes médicos pertinentes o la declaración que haga el tomador de la póliza; todo lo cual deberá quedar determinado en el correspondiente contrato de seguro, siendo éstas enfermedades previstas en el contrato las únicas que podrán ser excluidas de la cobertura de la póliza.

II) Deberá existir una relación de causalidad directa entre la enfermedad preexistente diagnosticada y el siniestro sufrido por el asegurado;

III) Sólo se dará lugar a la liberación del asegurador por la declaración u omisión de mala fe del tomador del seguro al momento de suscribir el contrato de seguro, siempre que esa declaración u omisión se deba a dolo o culpa grave del asegurado o beneficiario; la prueba de estos elementos corresponde en todos los casos al asegurador.

.....

**TEMA: PRUEBA DE LA ENFERMEDAD PREEXISTENTE Y
LA NULIDAD DE UNA CLÁUSULA ABUSIVA**

Máxima: la preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o, en su defecto, la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno. Por tal motivo, serán nulas, por abusivas, las cláusulas que dispongan lo contrario.

EXTRACTO:

En este orden, el artículo 9 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro prevé lo siguiente:

“Artículo 9. Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los aseguradores o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactarán en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones”.

● ● ●

Así pues, con base a los principios constitucionales y legales que rigen nuestro ordenamiento jurídico, esta Corte considera que si bien el asegurado se encuentra en la obligación de declarar con sinceridad aquellas circunstancias para apreciar la extensión de los riesgos en el contrato de seguro, las empresas aseguradoras que aleguen una enfermedad preexistente, deberán probar tal circunstancia de manera clara, precisa y detallada con anterioridad a la contratación de la póliza.

En tal sentido, se observa que el legislador patrio ha articulado el principio de protección a los consumidores como garantía ante posibles abusos por parte de las compañías, de modo que las condiciones claramente lesivas para el consumidor no son válidas aunque hayan sido firmadas.

Conforme a lo expuesto, “(...) la sanción de cláusulas abusivas es la nulidad de carácter parcial, que deja eficaz el resto del contrato”, no obstante, es conveniente acotar que en aquellos casos en que el contrato no pueda subsistir sin las cláusulas abusivas se admite con carácter excepcional su nulidad, así como también, cuando la nulidad conduzca a una inversión de la situación y haga gravemente onerosa la situación del predisponente. (Vid. Luis Díez-Picazo y Ponce de León. *Las Condiciones Generales de la Contratación y Cláusulas Abusivas*. Editorial Civitas. Pág. 43).”

Con fundamento en las consideraciones expuestas, estima la Corte que al establecer el mencionado Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, debe ser interpretada en el sentido de que esa preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o en su defecto la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno y en consecuencia, esta Corte advierte que son nulas, por abusivas (...) la empresa sólo se podría eximir cuando el usuario del servicio declare expresamente las enfermedades, padecimientos o malformaciones, o que aun no declarándolas al momento de suscripción del contrato, la empresa demuestre fehacientemente que el contratado las conocía o cuando el prestador del servicio (Sanitas) practique antes de su suscripción todos los exámenes médicos necesarios para la determinación de las enfermedades, padecimientos o malformaciones”. Así se declara.

.....

**TEMA: CARGA DE LA PRUEBA EN LOS PROCEDIMIENTOS
SANCIONATORIOS**

**Máxima: los particulares son quienes poseen la carga
de la prueba ante los procedimientos que se inician y**

desarrollan en sede administrativa, previa denuncia de sujeto interesado, teniendo la autoridad administrativa, en tales supuestos, sólo la facultad de indagar más a fondo el asunto, en aras obtener elementos o soportes circunstanciales que contribuyan o puedan contribuir en la comprensión y decisión definitiva del caso planteado.

EXTRACTO:

Así, con respecto a la presunción de inocencia e inversión de la carga de la prueba, alegaron los apoderados actores que el INDECU prejuzgó sobre la culpabilidad de SANITAS y presumió la ilicitud de su comportamiento, sin elemento probatorio alguno, para lo cual agregaron que la Resolución recurrida nada dice respecto de los medios de prueba en los cuales se fundamentó para determinar la supuesta infracción administrativa de SANITAS en la prestación del servicio y que en ignorancia del derecho constitucional a la presunción de inocencia, se consideró como cierta la declaración del denunciante, alegando para ello el “principio de buena fe”, que en todo caso resulta aplicable a ambas partes en el procedimiento administrativo.

Que “Asimismo, la Resolución Recurrida invirtió la carga de la prueba al señalar que ‘es doctrina reiterada que la carga de la prueba le corresponde a la administración única y exclusivamente en los procedimientos iniciados de oficio’. De este modo, avaló las afirmaciones del denunciante, en detrimento de las afirmaciones de SANITAS, aún cuando contradichos los hechos por esa empresa en el transcurso del procedimiento administrativo y no existiendo elemento probatorio alguno capaz de desvirtuar que esa empresa ajustó su actuación a las disposiciones contenidas en el contrato y a la LPCU, ese Instituto debió necesariamente buscar las pruebas que sustentaran la imposición de la multa recurrida”.

Que en especial, ha violado la Resolución recurrida la presunción de ino-

cencia de SANITAS, al haberla sancionado sin analizar que de las pruebas aportadas, constituidas por el informe médico del 30 de marzo de 2005, del 4 de abril de 2005 y la resonancia magnética del hombro izquierdo realizada a la denunciante, “de los que se evidencia exuberante calcificación en relación con el tendón del supraespinoso”, según lo refirió el informe médico emitido por la Dra. Antonieta Villani el 30 de marzo de 2005 y ratificado por el informe médico de la Dra. Josefina Rosales de fecha 4 de abril de 2005, en el cual determinaron que “el músculo supra e infraespinoso muestra en su tendón continuo con gruesa calcificación a nivel de inserción (...) Hipertrofia de la articulación clavicular”.

Que, por el contrario, la Resolución recurrida sólo se limitó a afirmar que se valoraron y estimaron las pruebas contenidas en autos, pero sin hacer referencia a los informes médicos, como tampoco a estimarlas o no. Debe recordarse que quién debía demostrar que fueron consignados todos los recaudos necesarios era la denunciante, actividad probatoria ésta que resultó insuficiente.

Que resulta concluyente entonces que: (i) la sanción impuesta a su representada no se fundó en prueba alguna que demostrare su culpabilidad; (ii) la sanción parte de una inconstitucionalidad presunción de culpabilidad de SANITAS; y (iii) El INDECU decide los procedimientos administrativos contra SANITAS de forma genérica y usando formatos de Resoluciones que nada tienen que ver con el caso concreto, siendo como se utilizan fundamentos genéricos e idénticos para sancionar a los denunciados, y, que todo ello supone violación al derecho fundamental de presunción de inocencia de SANITAS, por lo cual, respetuosamente solicitamos sea acordada la nulidad de la Resolución recurrida.

• • •

Por otra parte, sobre el alegato de la parte accionante, según el cual la Administración invirtió la carga de la prueba, al señalar que es doctrina reiterada que la carga de la prueba le corresponde a la Administración única y exclusivamente en los procedimientos iniciados de oficio, observó dicha

Representación Fiscal que en el procedimiento administrativo rige con carácter general, el principio de oficialidad de la prueba, según el cual el órgano administrativo está específicamente obligado a desarrollar, incluso de oficio, las actuaciones necesarias y por consiguiente todas las actividades probatorias para el mejor conocimiento del asunto que deba decidir (artículo 53 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos) y agregó que el principio de oficialidad de la prueba modula de forma importante la carga de la prueba que pesa esencialmente sobre la Administración, pero advirtió este Organismo que este principio no excluye la posibilidad de que los interesados puedan o deban aportar al procedimiento cuantas pruebas consideren o tengan como necesarias.

Que resulta evidente que la sociedad mercantil Sanitas de Venezuela S.A., es a quien le corresponde la carga de la prueba a los efectos de determinar que una enfermedad es preexistente y por ende excluir su responsabilidad, toda vez, que es la que cuenta con los recursos técnicos para obtener un diagnóstico certero respecto del estado de salud de los consumidores que deseen afiliarse al servicio, de tal forma que la falta de detección de la patología que padecía el consumidor y en consecuencia de su carácter preexistente sólo resulta imputable a Sanitas.

Que en el caso de autos, no se evidencia del expediente ni del informe médico que la denunciante padeciera de dicha enfermedad al momento de suscribir el contrato, por lo que mal podría la empresa aseguradora negarse a realizar la operación quirúrgica basándose en que dicha enfermedad era preexistente, sin haberle practicado un examen exhaustivo al momento de afiliar a la denunciante a dicho seguro, para así poder determinar con exactitud si realmente la enfermedad existía o no al momento de suscribirse.

En tal sentido, a criterio de esta Corte correspondía a la sociedad mercantil Sanitas Venezuela S.A., la carga probatoria de demostrar si la enfermedad de la ciudadana Arminda Pérez de Montana era preexistente previa a la contratación, a través de los exámenes médicos, chequeos y demás

análisis previos al siniestro presentado por dicha ciudadana, siendo impropio la liberación de tal responsabilidad amparándose en cláusulas abusivas como la estipulada en la cláusula 1.3 del contrato de prestación de asistencia médica denominado “CONTRATO FAMILIAR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA”, la cual constituye una forma de eludir su responsabilidad.

En este orden, es menester traer nuevamente a colación el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, el cual establece en cuanto a la carga probatoria en estos casos lo siguiente:

Artículo 116. Se entiende por preexistencia toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado un contrato de seguros de hospitalización, cirugía y maternidad y que sea conocida por el tomador, asegurado o el beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubren las enfermedades preexistentes. Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente”. (Resaltado de esta Corte).

En consecuencia, a criterio de esta Corte mal podría la Administración tener la obligación de probar la preexistencia de la ciudadana Arminda Pérez de Montana antes de la suscripción del contrato de asistencia médica, cuando tal circunstancia fue alegada Sanitas Venezuela S.A., tanto para negar la solicitud de la citada ciudadana, así como en los recursos presentados ante el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) (hoy INDEPABIS), tratando de esta manera de imponer a la Administración una responsabilidad que no estaba a su cargo, haciendo mucho más gravoso el esclarecimiento de la situación debatida.

Además, esta Corte no puede pasar desapercibido el alegato expresamente reconocido por la recurrente en el recurso de nulidad interpuesto, que durante el lapso fijado por el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) (hoy INDEPABIS) para que la sociedad mercantil Sanitas Venezuela S.A., presentara los argumentos y pruebas para su defensa ésta no consignó elemento alguno que desvirtuara los hechos denunciados, siendo que tal como lo señaló el Ministerio Público el administrado era quien tenía la carga de traer al expediente administrativo, pruebas que permitan evidenciar ante la Administración la licitud de su actuación, en consecuencia el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) (hoy INDEPABIS) decidió en base al contenido de los autos del expediente, sin que ello haya implicado una inversión de la carga de la prueba ni la vulneración del principio de presunción de inocencia de la recurrente, en virtud de lo cual se desecha la denuncia formulada.

En consecuencia, el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) decidió con base al contenido formado del expediente y los alegatos allí recabados (el cual tenía una aparente falta de sustento probatorio por parte de la empresa recurrente, pero esto es denunciado en este recurso bajo la figura del falso supuesto y por ello será analizado en esa oportunidad, de ser procedente), sin que ello haya implicado una inversión de la carga de la prueba ni la vulneración del principio de presunción de inocencia, en virtud de lo cual debe desecharse la denuncia formulada. Así se decide.

Visto lo anterior, esta Corte no puede dejar de reiterar que SANITAS no podía excusar su responsabilidad con base en cláusulas abusivas como las estudiadas anteriormente, donde desconocen absolutamente el derecho de los consumidores y los usuarios, así como la confianza, la seguridad y la tranquilidad que ha de reinar en el mundo de los seguros de salud, precisamente por estar el derecho a la salud y a la vida involucrados en ese medio.

En uso de esas cláusulas inconstitucionales e ilegales, SANITAS eludió cumplir con su obligación contractual de asumir los costos de una intervención quirúrgica, perjudicando sin sustento real alguno (por cuanto la preexistencia de la enfermedad no era una excusa válida, por las razones apuntadas anteriormente) los intereses del usuario que contrató con ellos e inobservando el sentido mismo del servicio tan importante que prestan y que se emplea para garantizar la tranquilidad de los asegurados y contratantes a la hora de situaciones de urgencia y riesgo para la vida como la presentada en el caso implicado en autos.

La Corte evidencia, del extracto parcial citado, que la Administración hace mención a la presunción “buena fe” con que debe identificarse en el proceso a quienes denuncien y con base en ello pidan la apertura de un procedimiento administrativo.

Por lo tanto, el denunciado es también interesado en aportar los elementos que estime pertinentes en pro de su defensa (...). (Resaltado de esta Corte)

Es meritorio extraer del criterio parcialmente transcrito que los particulares son quienes poseen la carga de la prueba ante los procedimientos que se inician y desarrollan en el INDECU previa denuncia de sujeto interesado, teniendo éste último ente, en tales supuestos, sólo la facultad de indagar más a fondo el asunto, en aras obtener elementos o soportes circunstanciales que contribuyan o puedan contribuir en la comprensión y decisión definitiva del caso planteado. De allí que la hoy recurrente también debía cumplir una actividad probatoria dentro del procedimiento que le favoreciera en su defensa y posición jurídica.

.....

TRIBUNAL: Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2009-1229.

FECHA: 13 de julio de 2009.

PARTES: Sanitas Venezuela, S.A contra el Consejo Directivo del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU).

.....
TEMA: CARGA DE LA PRUEBA Y LA PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD

Máxima: la empresa no puede limitarse a negar el incumplimiento contractual simplemente alegando la preexistencia enfermedad, por tal motivo, tiene la carga de probar su afirmación de hecho (preexistencia de la enfermedad) que sirve de presupuesto de la norma jurídica que consagra la consecuencia jurídica extintiva o modificativa de su obligación.

Máxima: era la empresa prestadora de servicios médicos prepagados quien, al estar en condiciones por su actividad de disponer de los medios necesarios, debía verificar al tiempo de la celebración del contrato, si el solicitante de sus servicios presentaba alguna limitación, enfermedad o dolencia que implicasen un inconveniente para aceptar la prestación del servicio u ofrecerle otro tipo de plan.

Máxima: cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta: en primer término, que ésta es distinta a los plazos de espera; en segundo lugar, debe quedar demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística y; en tercer lugar, como consecuencia de lo anterior, las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazado es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.

EXTRACTO:

En relación a la carga de la prueba, considera esta Corte que la empresa no podía limitarse a negar el incumplimiento contractual, simplemente alegando la preexistencia enfermedad, tenía la carga de probar su afirmación de hecho (preexistencia de la enfermedad) que sirve de presupuesto de la norma jurídica que consagra la consecuencia jurídica extintiva o modificativa de su obligación, como fue solicitado en su excepción, al alegar dicha preexistencia, por ello, el hecho de que la Administración tenga la carga de probar en el procedimiento que se sustancie los hechos con base a los cuales considera que es procedente la aplicación de la sanción correspondiente, no implica que el administrado no tenga la carga de traer al expediente administrativo, pruebas que permitan evidenciar ante la Administración, la licitud de su actuación.

En efecto, siguiendo a Bello Tabares, cada “parte tiene la carga de aportar la prueba de los hechos que sirven de presupuesto de la norma jurídica que consagra la consecuencia jurídica que le beneficia”, esto es, “el efecto o consecuencia contenido en la norma que se activa al subsumir el hecho alegado y probado en el proceso- y quien no pruebe el hecho que sirve de presupuesto de la norma que resuelve el conflicto (...), soporta las consecuencias jurídicas de la falta de prueba.” (Vid. Bello Tabares, Humberto E.T., *TRATADO DE DERECHO PROBATORIO*. Tomo I, Ediciones Paredes, Caracas 2007, pág. 326).

Así, el demandado no puede limitarse a negar en forma genérica, pues “De tratarse de afirmaciones o negaciones definidas o indefinidas en que se fundamente la pretensión del accionante, el demandado no puede limitarse a negar genéricamente, pues en todo caso tiene la carga de desvirtuar la afirmación o negación mediante la prueba del hecho positivo en contrario, cuando se refiere al hecho negativo, o mediante la prueba del hecho negativo en contrario, de tratarse de afirmaciones, situación esta que puede trasladarse al demandado, cuando éste fundamenta su ex-

cepción en un hecho afirmativo o negativo.” (Vid. Obra citada, pág 327.) (Resaltado de la Corte).

En este sentido, advierte la Corte, que la sociedad mercantil recurrente con relación a la supuesta y alegada preexistencia de la enfermedad padecida por el denunciante, se limitó a consignar en sede administrativa comunicación de fecha 12 de diciembre de 2003, suscrita por la Dra. Josmar Fuenmayor, de los Servicios Médicos, adscrita a la propia empresa (folios 25 del expediente administrativo, 149 del expediente judicial), documental ésta que por emanar de la propia parte que ha querido servirse de ella, es ilegal al violar el principio de alteridad que rige en materia probatoria, conforme al cual nadie puede fabricarse un medio probatorio para sí mismo. (Al respecto, vid. Sentencia de la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia N° 35 de fecha 17 de enero de 2007, caso: Seguros La Seguridad C.A.).

Así, no habiendo demostrado la recurrente la preexistencia de la enfermedad del denunciante, no correspondía al INDECU demostrar la misma (para suplir de esa manera la falta de diligencia probatoria de la empresa denunciada), como erradamente lo alegó la empresa, pues la falta de detección de la afección -que afirmó padecía el contratante- sólo resulta imputable a la empresa de medicina prepaga ya que es ésta quién dispone de los recursos y medios técnicos para obtener un diagnóstico certero, respecto del estado de salud del consumidor al momento de su afiliación al servicio. Es por ello, que era la empresa prestadora de servicios médicos prepagados quien, al estar en condiciones por su actividad de disponer de los medios necesarios, debía verificar al tiempo de la celebración del contrato, si el solicitante de sus servicios presentaba alguna limitación, enfermedad o dolencia, o si había otras que indicaban inconveniente aceptar al contratante, o en su caso ofrecerle otro tipo de plan.

En este sentido, y atendiendo a la denuncia de la inversión de la carga de la prueba, esta Corte en sentencia N° 2368 de fecha 17 de diciembre de 2008 (caso: Dominga Trotti De Vásquez contra Seguros Horizonte, C.A.),

citando al autor Iván Lansberg señaló, que “Es un precepto de justicia que el que alega un derecho tiene que probarlo. Lo dice claramente el Art. 1354 de nuestro Código Civil: ‘Quien pida la ejecución de una obligación debe probarla, y quien pretenda que ha sido liberado de ella debe por su parte probar el pago o el hecho que ha producido la extinción de su obligación’. El principio data desde los romanos: ‘Onus probando incumbit ei qui dicit’... ‘La carga de la prueba le incumbe a quien alegue’, no obstante, cuando el daño fue originado por una causa excluida, el que alega es el asegurador y por tanto, “le toca al asegurador comprobar la causa excluida.” (Vid. El seguro, Fundamentos y Función. Ediciones del Cuatricentenario de Caracas. 1968. Caracas. Venezuela. Pág. 130). (Resaltado del texto).

Asimismo, en cuanto a la comprobación de enfermedades preexistentes, en la citada sentencia N° 2368, la Corte, aludiendo dictamen de la Superintendencia de Seguros titulado “La Prueba de la Preexistencia y su diferencia con los Lapsos de Espera”, señaló lo siguiente:

“En cambio, cuando se está en los casos de preexistencia, el asegurador para poder verse librado de su obligación de indemnizar, deberá comprobar y demostrar que las causas del siniestro (enfermedad por ejemplo), existen con anterioridad al siniestro o ellas son congénitas. Para ello no basta con las estadísticas que al efecto establezcan revistas médicas o criterios médicos, sino que por el contrario deberán ir a los hechos, tanto a los exámenes médicos practicados con anterioridad a la contratación de la póliza, como a los efectuados al momento en que se diagnostica la misma (ocurrencia del siniestro); también deberán ser analizados los informes levantados por los médicos tratantes e incluso los informes de los médicos que a tal efecto contratan las empresas, pero éstos no pueden basarse en suposiciones (como ocurre en el presente caso) o en estadísticas (como ocurre en tantos otros), porque en el primero de esos casos esas suposiciones pueden ser fácilmente desvirtuadas con pruebas contundentes, y en el caso de estadísticas el asegurado

podrá estar dentro del porcentaje que si está cubierto por la póliza, es decir, que la empresa aseguradora deberá tener una prueba en su poder que permita determinar eficazmente que el siniestro es realmente preexistente.

En síntesis, cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta en primer término, que ésta es distinta a los plazos de espera; en segundo lugar, debe quedar demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística, y en tercer lugar, como consecuencia de lo anterior, las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazados es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.’

(...omissis...)

De igual manera, la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad, en tal sentido incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el asegurado, y en caso de la omisión por desconocimiento ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato de seguro.”. (Resaltado de esta Corte).

.....
**TEMA: CARGA DE LA PRUEBA EN LAS ENFERMEDADES
PREEXISTENTES**

Máxima: la empresa de seguros es quien dispone de los medios para obtener un diagnóstico certero respecto del estado de salud del consumidor y, por lo tanto, no se trata de consagrar la obligación legal de realizar un examen riguroso para todos los eventuales interesados

en ingresar al plan de salud, sino de evitar que la falta de diligencia y previsión de la empresa de medicina pre-pagada derive en un perjuicio para el particular.

Máxima: la empresa no probó que el contratante presentaba antes de la celebración del contrato alguna limitación, enfermedad o dolencia, tal como lo indicó la Administración, es decir, no consignó exámenes médicos practicados con anterioridad a la contratación del servicio de medicina prepagada, o los efectuados al momento en que se diagnosticó la misma, ni los informes levantados por los médicos tratantes o de los médicos que prestan sus servicios profesionales a esa empresa.

Máxima: no basta el simple alegato de que la condición está prevista en el contrato, o las estadísticas establecidas en las revistas médicas o criterios médicos, ya que las afirmaciones en este sentido no pueden basarse en suposiciones, pues no constituyen elementos concluyentes de la preexistencia de la enfermedad.

EXTRACTO:

En el caso de autos, aun cuando la empresa SANITAS DE VENEZUELA S.A., no es desde el punto de vista formal una empresa aseguradora (en el estricto sentido de la palabra), presta un servicio que por su naturaleza se asemejan en su cumplimiento a dichas empresas, por tanto, aplicando el criterio jurisprudencial supra transcrito, considera este Órgano Jurisdiccional, que correspondía entonces a la empresa cargar con la prueba de que el contratante presentaba antes de la celebración del contrato alguna limitación, enfermedad o dolencia, para lo cual “no basta con las estadísticas que al efecto establezcan revistas médicas o criterios médicos, sino que (...) deberán ir a los hechos, tanto a los exámenes médicos practicados con anterioridad a la contratación de la póliza, como a los efectuados

al momento en que se diagnostica la misma (ocurrencia del siniestro); también deberán ser analizados los informes levantados por los médicos tratantes e incluso los informes de los médicos que a tal efecto contratan las empresas, pero éstos no pueden basarse en suposiciones”, razón por la que para esta Corte la doctrina médica consignada como prueba (cursante a los folios 77 al 80 del expediente judicial), ni la comunicación de fecha 12 de diciembre de 2003, suscrita por la Dra. Josmar Fuenmayor, de los Servicios Médicos, adscrita a la propia empresa (folios 25 del expediente administrativo y 149 del expediente judicial) no constituyen elementos concluyentes de la preexistencia de la enfermedad alegada por la empresa.

Aunado a lo anterior, estima quien decide, que no pueden adoptarse reglas de distribución de la carga de la prueba que produzcan situaciones de supremacía o de privilegio de alguna de las partes en la traslado de los hechos al proceso, pues la regla general, según la cual las partes tienen la obligación de probar sus respectivas afirmaciones de hecho, a juicio de quien decide, debe admitir supuestos de acomodo al caso en concreto, en este caso el de la facilidad, mediante la cual se debe valorar las posibilidades probatorias concretas de las partes, desplazando (no invirtiendo) la carga de una a otra, según criterios de mayor facilidad o dificultad probatoria para una u otra parte, mejor disponibilidad para probar, mayor proximidad a la fuente de prueba o conocimiento de ésta (vid. Montero Aroca, Juan. *La Prueba en el Proceso Civil*. Cuarta edición, editorial civitas 2005, pág. 122), como lo acoge de manera reiterada la jurisprudencia del Tribunal Supremo español. (Vid. Sentencias del STS 15-11-1993, 28-11 y 2-12-1996).

Lo anterior significa, que cuando uno de los litigantes se encuentra en una posición dominante en relación con el material probatorio su deber procesal de colaboración se acentúa al punto de atribuírsele una carga probatoria más rigurosa que a su contraparte. En este sentido, es irrazonable pretender aplicar la cláusula del contrato que prevé la exclusión del usuario habiendo sido admitido ya como afiliado sin que, antes de la suscripción del convenio, la empresa manifestara las objeciones u obser-

vaciones a la solicitud de afiliación, previa realización de los exámenes y diagnósticos que las comprobaran. Por ello, la falta de detección de la patología que padecía el consumidor, se reitera, sólo resulta imputable a la recurrente, ya que es quien disponía de los medios para obtener un diagnóstico certero respecto del estado de salud del consumidor. No se trata de consagrar la obligación legal de realizar un examen riguroso para todos los eventuales interesados en ingresar al plan de salud, sino de evitar que la falta de diligencia y previsión de la empresa de medicina pre-paga derive en un perjuicio para el particular, a quien no le era exigible denunciar una patología que no sabía (ni podía saber con seguridad) que padecía.



Alegaron el falso supuesto de derecho por cuanto, afirmaron, la Administración valoró erróneamente la determinación de enfermedades preexistentes, de acuerdo a lo dispuesto en el contrato.

Expresaron, que “(...) la Resolución Recurrida ignoró lo dispuesto en el numeral 15 de la Cláusula Primera del contrato de asistencia médica, pues de haberlo conocido o interpretado correctamente, se hubiese percatado que la detección de una enfermedad a los ocho (08) meses de afiliación al contrato, no es motivo suficiente para considerar que la enfermedad no es preexistente, de acuerdo al contrato; por el contrario, conforme a éste, queda claro que detectada la enfermedad en una fecha posterior a la afiliación, puede que su causa sea anterior a la afiliación, siendo entonces calificada como preexistente.”. (Resaltado de la parte actora).

La representación judicial del Instituto recurrido reprodujo el numeral 15 de la Cláusula Primera del Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica, sentencia de la Sala Político Administrativa del Tribunal Suprema de Justicia N° 35 de fecha 17 de enero de 2007 (recaída en el expediente Nro. 2004-2181), y argumentaron con fundamento en lo anterior, que “(...) quien alega la preexistencia debe demostrarla de manera suficiente, lo cual no ocurrió en el caso de marras.”

La representante del MINISTERIO PÚBLICO consideró en relación a la ausencia de valoración de la prueba, que “(...) el órgano administrativo valoró las pruebas promovidas por el recurrente, en el caso concreto el Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica cuando (...)” se pronunció sobre lo preceptuado en la Cláusula Primera del Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica “N° 50-10-39692” que trata acerca de lo que debe entenderse por “preexistencia”, razón por la cual esa representación Fiscal desestimó el vicio alegado.

Para decidir se observa:

Los apoderados judiciales de la empresa denunciada, tanto en su escrito de descargos (folios 51 al 58 del expediente administrativo), como en el escrito de ratificación de descargos (folios 90 al 95 del mismo expediente), afirmaron (folio 54) que la empresa Sanitas Venezuela S.A., “(...) actuó en todo momento conforme a las disposiciones de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario y atendiendo a la letra del Contrato.” (Resaltado del escrito), y argumento al respecto (folio 55), que conforme a la Cláusula Cuarta del mencionado contrato, la empresa no estaba “(...) en la obligación de cubrir gastos que se produzcan directa o indirectamente de las enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de firma del contrato.”

Al respecto, y como antes se indicó, la Administración en el acto de fecha 20 de diciembre de 2004 (folios 97 al 100 del expediente administrativo), señaló que “Es criterio de este organismo desestimar lo alegado por la representante de la sociedad mercantil denunciada por cuanto tal como lo conceptúa la Cláusula Primera del Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica N° 50-10-39692 que riel del folio 19 al 20, de este expediente debe entenderse por ‘Preexistencia: Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre base científicas sólidas.’ Sin embargo observa este Despacho que en el presente

caso no se probó la preexistencia alegada (folio 79) en que fundamentan el rechazo a la solicitud, pues no consta en autos exámenes practicados al ciudadano denunciante antes de su afiliación así como tampoco las bases científica sólidas en se fundamentaron para determinarla.”. (Resaltado de esta Corte).

Ahora bien, en punto anterior este Órgano Jurisdiccional señaló, que se constató de la exhaustiva revisión de todo el procedimiento administrativo, que la empresa no probó que el contratante presentaba antes de la celebración del contrato alguna limitación, enfermedad o dolencia, tal como lo indicó la Administración, es decir, no consignó exámenes médicos practicados con anterioridad a la contratación del servicio de medicina prepaga, o los efectuados al momento en que se diagnosticó la misma, ni los informes levantados por los médicos tratantes o de los médicos que prestan sus servicios profesionales a esa empresa, pues se reitera una vez más, no basta el simple alegato de que esa condición está prevista en el contrato, o las estadísticas que al efecto establezcan revistas médicas o criterios médicos, ya que las afirmaciones en este sentido no pueden basarse en suposiciones, pues no constituyen elementos concluyentes de la preexistencia de la enfermedad alegada.

Ello así, esta Corte insiste en que no consta en el presente expediente que al denunciante se le hayan practicado exámenes médicos que evidenciaran que para el momento de la contratación con la recurrente, aquél presentara una patología determinada, reiterándose en este punto que no resulta por consiguiente, suficiente un informe elaborado por el galeno de la empresa recurrente.

Es por ello, que conforme lo indica la transcripción que antecede, y con fundamento en las consideraciones explanadas, se desprende que resulta infundado lo alegado por la recurrente por cuanto es evidente que la Administración sí interpretó correctamente lo establecido en el citado numeral 15 de la Cláusula Primera del Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica, por lo que la Corte desestima el alegato en cuestión. Así se decide



..... •
**TEMA: CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA Y
CONTRATO DE ADHESIÓN**

Máxima: el contrato de servicio de medicina prepagada reúne las características de ser bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil y surge al mundo jurídico como un contrato de adhesión, según el cual las partes contratantes se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de las partes en los términos aprobados por el organismo de intervención estatal y sobre las cuales la otra expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto.

Máxima: los contratos de medicina prepagada suelen ser celebrados por adhesión o cláusulas predispuestas, por lo cual, y en la misma línea argumental, se puede concluir que se caracterizan por ser de adhesión, de consumo y de larga duración.

Máxima: el consumidor si quiere recibir el servicio no tiene otra posibilidad que adherirse al contrato redactado por la empresa proveedora de medicina prepagada.

EXTRACTO:

Observa esta Corte, que el contrato bajo estudio, es un contrato de medicina prepagada en el cual se establecen claramente desde el inicio del mismo obligaciones para ambas partes; para la empresa se establece una obligación de hacer, frente al contratante, que consiste en garantizar la

prestación del servicio médico u hospitalario (ya sea por profesionales a su servicio, o mediante convenios con los profesionales de la medicina y/o centros hospitalarios), y en lo que concierne a las obligaciones del contratante o afiliado, es claro que se trata de una obligación de dar, cuyo contenido es el pago, normalmente periódico, de una cierta cantidad de dinero como prestación adelantada del servicio que le será prestado a futuro por la empresa de medicina prepagada.

El contrato de servicio de medicina prepagada reúne las características de ser bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil y surge al mundo jurídico como un contrato de adhesión, según el cual las partes contratantes se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de las partes en los términos aprobados por el organismo de intervención estatal y sobre las cuales la otra expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto. Como lo ha señalado la doctrina, en los contratos de adhesión una de las partes impone “la Ley del contrato” a la otra.

La particularidad principal de estos negocios jurídicos es que, a través de pagos anticipados verificados en el transcurso del tiempo, los pacientes se protegen de riesgos futuros en su salud. Es decir, el beneficiario se asegura de que si necesita los servicios prometidos, podrá tomarlos, aunque no tenga certeza de cuándo ni en qué cantidad; puede ocurrir inclusive que nunca los requiera, en cuyo caso el gasto realizado se traducirá únicamente en la tranquilidad que le dio la cobertura durante todo ese tiempo. Estos contratos, suelen ser celebrados por adhesión a cláusulas predispuestas, por lo cual, y en la misma línea argumental, se puede concluir que se caracterizan por ser de adhesión, de consumo y de larga duración. Otra característica de este tipo de contratos consiste en que la contratación es en serie, característica de la actividad comercial que obliga a la redacción de contratos-tipo con un contenido generalmente uniforme, predispuesto y rígido, por lo cual, como se indicó antes, el consumidor si quiere recibir el servicio, no tiene otra posibilidad que adherirse al contrato redactado por la empresa proveedora de la de medicina prepaga.

.....

TEMA: CONTRATOS DE ADHESIÓN

Máxima: la doctrina ha señalado, que el contrato de adhesión ha representado siempre un caso típico de imposición de una voluntad sobre otra; de predominio del económicamente poderoso sobre el débil jurídico constreñido a aceptar las cláusulas más onerosas para alcanzar, como contraprestación, un bien o un servicio indispensable para su subsistencia.

Máxima: en los contratos de adhesión, debe tenerse en consideración que el parámetro que define el desequilibrio entre las partes no es la desigualdad económica, sino que hay que orientarlo hacia la superioridad funcional que ostenta el oferente del contrato, de manera que es la inexistencia de negociación individual, unida a un funcionamiento defectuoso del mercado, lo que permite al proponente disfrutar de unos términos más favorables en sus relaciones con el adherente, por lo que, las exoneraciones de responsabilidad, o las condiciones que pretendan ser impuestas a los consumidores en detrimento de sus derechos, deben ser consideradas, entonces, como verdaderas cláusulas abusivas, que en la legislación que protege al consumidor y al usuario están sancionadas con nulidad.

EXTRACTO:

Ahora bien, la doctrina ha señalado, que el contrato de adhesión ha representado siempre “un caso típico de imposición de una voluntad sobre otra; de predominio del económicamente poderoso sobre el ‘débil jurídico’ constreñido a aceptar las cláusulas más onerosas para alcanzar,

como contraprestación, un bien o un servicio indispensable para su subsistencia.” (Vid. Kummerrow, Gert. *Algunos Problemas Fundamentales del Contrato por Adhesión en el Derecho Privado*. Editorial Sucre. Caracas. Pág. 164) (Resaltado de la Corte).

Es por ello, que en estos contratos por lo general se utilizan cláusulas preestablecidas por los empresarios, las cuales se presume, habrán de someterse a los principios de buena fe, equidad y justo equilibrio de prestaciones, con ausencia de fraude de ley y de abuso de derecho. Además, en materia de consumo se produce la ampliación del concepto de orden público en detrimento de la autonomía y libertad de pactos.

De este modo, se ha afirmado que el contrato de adhesión por ser la obra de una parte que goza de un monopolio económico de hecho -grandes bancos, compañías de seguros- o de derecho -servicios públicos concedidos- la aceptación más bien, debe ser entendida como forzada, por cuanto no existe la posibilidad de discutir el contenido de la convención “la libertad jurídica llega a ser una mentira y hay, en realidad, un constreñimiento que la sustituye.” (Vid. Obra citada Pág. 75).

En este orden, los contratos de adhesión son los instrumentos contractuales donde por excelencia, las cláusulas abusivas se ven con más frecuencia, pues los mismos pueden presentarse como vehículo que da lugar a excesos y a prácticas abusivas, vejatorias o injustas, que podrían llegar a vulnerar los derechos e intereses de los consumidores. La particularidad de este tipo de convenios, reside en que el consumidor si quiere adquirir el bien o recibir el servicio, debe adherirse al contrato redactado por el proveedor, el cual con frecuencia se aprovecha de su condición de parte fuerte en la relación para introducir cláusulas abusivas.

Esta realidad, ha inducido al legislador a aprobar reglas para el control de los contratos de adhesión, a través de medios legales, administrativos, de autocontrol y judiciales; desarrollando los supuestos de control fundados en el orden público, la buena fe, la moral y la costumbre de la época.

Es por esto que, frente a estas realidades debe considerarse reforzada la especial tutela que deben brindarse a los consumidores o usuarios que contratan la adquisición de bienes o servicios por medio de este tipo de contratos, a los fines de proteger sus derechos, en el entendido que, los mismos podrían resultar contrarios a la buena fe y a las buenas costumbres o constituir un abuso de derecho. (Vid. Sentencia de esta Corte N° 2008-2368, *supra* citada).

Esta protección cobra mayor importancia en los contratos que como en el caso de marras, tienden a la cobertura de riesgos de la salud, pues cuando está en juego el derecho a la vida o a la salud, teniendo en cuenta la especial tutela que les asigna nuestra Constitución y legislación, no es posible que una cláusula de estos contratos pueda entenderse de forma tal que ponga en peligro los derechos a la vida y a la salud del contratante.

En este sentido, las estipulaciones que pretendan alcanzar tal propósito, debe entenderse como auténticas cláusulas abusivas, concepto que se utiliza para justificar el control sustancial del contrato cuando existen cláusulas prediseñadas que han sido impuestas al consumidor y su contenido favorece especialmente al proponente. En atención a ello, debe tenerse en consideración que el parámetro que define el desequilibrio entre las partes no es la desigualdad económica, sino que hay que orientarlo hacia la superioridad funcional que ostenta el oferente del contrato, de manera que es la inexistencia de negociación individual, unida a un funcionamiento defectuoso del mercado, lo que permite al proponente disfrutar de unos términos más favorables en sus relaciones con el adherente, por lo que, las exoneraciones de responsabilidad, o las condiciones que pretendan ser impuestas a los consumidores en detrimentos de sus derechos, deben consideradas, entonces, como verdaderas cláusulas abusivas, que en la legislación que protege al consumidor y al usuario están sancionadas con nulidad. (Vid. Sentencia de esta Corte N° 2008-1560 *supra* citada).

En este orden de ideas, la doctrina ha definido las cláusulas abusivas, como “(...) las previamente redactadas que no han sido objeto de nego-

ciación por separado, sino impuestas al consumidor que no ha podido influir en su contenido y al que le causan un desequilibrio importante en sus derechos y obligaciones; o bien implica una ejecución del contrato significativamente diferente de lo que de éste pudiera legítimamente esperarse (...)" (Vid. RIVERO ALEMÁN, Santiago "Disciplina del Crédito Bancario y Protección del Consumidor". Editorial Aranzadi. Pamplona, 1995. Pág. 274). (Resaltado de esta Corte).

Precisado lo anterior, advierte este Órgano Jurisdiccional que el contrato objeto de estudio constituye un auténtico contrato de adhesión en los términos expuestos, en el cual queda excluida cualquier posibilidad de discusión o razonamiento entre las partes, pues sus cláusulas son previamente determinadas por la empresa prestadora de los servicios médicos, de modo que el contratante o afiliado se limita a aceptar cuanto ha sido establecido por el primero.

En el mismo sentido, se observa en relación a los contratos de adhesión, las denominadas cláusulas abusivas, y la defensa del usuario o consumidor, que la derogada Ley de Protección al Consumidor y al Usuario publicada en la Gaceta Oficial N° 37.930 del 4 de mayo de 2004 (aplicable *ratione temporis* al caso que nos ocupa), regula en su Título III, Capítulo I, artículos 81 al 88 lo relacionado con este tipo de contratos, y a los efectos de ella, los define en su artículo 81 señalando, que es "(...) aquél cuyas cláusulas han sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios, sin que el consumidor pueda discutir o modificar substancialmente su contenido al momento de contratar.". (Resaltado de la Corte).

Sancionando con nulidad (artículo 87) las cláusulas que "Exoneren, atenuen o limiten la responsabilidad de los proveedores por vicios de cualquier naturaleza de los bienes o servicios prestados", "Inviertan la carga de la prueba en perjuicio del consumidor o usuario", "Cualquier otra cláusula o estipulación que imponga condiciones injustas de contratación o exageradamente gravosas para el consumidor, le causen indefensión o sean contrarias al orden público y la buena fe."

Sobre este aspecto, esta Corte en la citada sentencia N° 1.560 de fecha 12 de agosto de 2008, señaló lo siguiente:

“(...) deduce esta Corte entonces que la justicia, el orden público y la buena fe han de considerarse como conceptos delimitadores de las buenas o malas prácticas en materia de contratación de consumidores y usuarios. En este sentido, se observa que la Constitución incorporó la obligación de “trato equitativo y digno” al consumidor y usuario como elemento de ponderación de intereses entre estos y sus proveedores (artículo 117).

Por su parte, el Código Civil, aplicable a título supletorio a esta materia, por remisión expresa del artículo 88 de la vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, en su artículo 1160 dispone que: ‘Los contratos deben ejecutarse de buena fe y obligan no solamente a cumplir lo expresado en ellos, sino a toda las consecuencias que se derivan de los mismos contratos, según la equidad, el uso o la ley’. Así, la justicia, la equidad, el orden público y la buena fe, entre otros, constituyen sin duda conceptos jurídicos indeterminados que el operador jurídico deberá utilizar, en todo momento, como elementos de ponderación de intereses entre consumidores y usuarios y proveedores, considerando las circunstancias particulares del caso, y atendiendo a la realidad social vigente.

En síntesis, en atención a las disposiciones legales vigentes, las cuales desarrollan el enunciado constitucional que pretende erigir auténticas normas de derecho público que actúen en función de la protección de los consumidores y de los usuarios, puede este Órgano Jurisdiccional señalar que el artículo 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela cumple el papel de cláusula general que tienen por objeto prevenir que el contenido de los contratos de adhesión no contravengan los principios de justicia, orden público y buena fe, con exclusión de las situaciones abusivas.

• • • • •
TEMA: ENFERMEDAD PREEXISTENTE Y SU DEMOSTRACIÓN

Máxima: al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato.

Máxima: cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de la cobertura del contrato deberá ser asumido íntegramente por la entidad de medicina prepagada.

EXTRACTO:

En el caso bajo análisis, se observa que el contrato estipula en la cláusula primera en su numeral 15 (folio 19 del citado expediente) lo siguiente:
“CLAUSULA (sic) PRIMERA – DEFINICIONES:

• • •

15. Preexistencia: Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se puede demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas.” (Resaltado de la Corte).

Por su parte, la Cláusula Cuarta señala:

“CLAUSULA (sic) CUARTA – EXCLUSIONES O LIMITACIONES CONTRACTUALES:

1. SANITAS, excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos:



1.3. Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, declaradas o no, conocidas o no por el usuario, así como aquellas que puedan derivarse de ésta, sin perjuicio de que se puedan diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. El CONTRATANTE en nombre propio y en el de los usuarios en cuyo favor estipula y/o cada uno de estos (sic) o sus Representantes Legales, o el titular de cada grupo familiar deben manifestar al momento de suscribir la solicitud de afiliación, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades recidivas o que requieran o hubieran requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación a base de medicamentos u otros agentes externos.

Expresándolo así, la afección se tendrá como preexistente y, en consecuencia, ajena a las prestaciones contractuales pactadas. En caso de preexistencia, SANITAS se reserva el derecho de aceptar o de negar el ingreso del usuario en cuestión o del grupo de usuarios, y aceptándolo se entenderá incorporada al contrato la cláusula de EXENCIÓN para SANITAS, en cuanto a la prestación de servicios relativos a la preexistencia o afecciones derivadas de la misma, respecto de las declaradas y de las que llegaren a determinar con posterioridad.

En anexo que forma parte integral del contrato, se incluyen las preexistencias y demás exclusiones de cada usuario en particular, identificados inicialmente, sin perjuicio de su actualización con las que se identifiquen sobre bases científicas sólidas durante la ejecución del contrato”. (Destacado de esta Corte).

Conforme lo establece el contrato, se desprende que la enfermedad preexistente es aquella que existía al momento de que se suscribe la convención sea ésta declarada o no o conocida o no por el contratante y agregan las cláusulas, que tales padecimientos serán consideradas como preexistentes, cuando en el curso de la convención se “(...) pueda diagnosticar (...) sobre bases científicas sólidas”.

Pero se advierte, que el hecho de que las enfermedades o padecimientos no sean ni conocidos ni declarados por el contratante aunado a que se “(...) pueda diagnosticar (...) sobre bases científicas sólidas” constituye una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, pues a juicio de quien decide, su contenido favorece especialmente a la empresa, contraviniendo “el trato equitativo y digno y el debido respeto a los principios de justicia, orden público y buena fe” que debe privar en todo contrato.

En efecto, siguiendo la lectura de las cláusulas citadas, y la amplitud referida a que se “(...) pueda diagnosticar (...) sobre bases científicas sólidas” las enfermedades o padecimientos preexistentes, cabe preguntarse con qué tipo de atención podría contar un afiliado en el transcurso de la vigencia del contrato; virtualmente, ninguna (con excepción del supuesto de consultas, atención por accidentes, compra de medicamentos y análisis de laboratorio).

Ello por cuanto, la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad, en tal sentido, se reitera, al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por

desconocimiento o ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la pre-existencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato. Lo anterior implica, que cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de la cobertura del contrato deberá ser asumido íntegramente por la entidad de medicina prepagada, en consecuencia, el rechazo a prestar los servicios al usuario sin más justificación legal que los derechos inherentes a la empresa puede provocar una violación al derecho fundamental a la salud, a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y podría llegar a impedir el deber constitucional y legal que tiene toda persona de procurar el cuidado de su salud. Así se decide.

Es decir, que la estipulación contractual cuyo estricto cumplimiento invoca la sancionada se enmarca dentro del concepto de cláusula abusiva que proscribe la normativa aplicable a este tipo de contratos. Y esa palmaria distorsión del equilibrio contractual se hace más patente cuando se tiene presente que se trata de contratos de tracto o cumplimiento sucesivo o de larga duración, en los que el consumidor hace un esfuerzo económico cuando se suscribe al servicio, cuando tiene una cierta solvencia patrimonial o cuando está sano, a fin de ser compensado en caso de requerir asistencia médica u hospitalaria cuando no tenga dinero y carezca de salud. Por cuanto, si bien en ese contexto es razonable que el consumidor pague más al principio y gane más al final, mientras que la empresa, en forma inversa, gane más al principio y pague más al final, no puede pretenderse que, aún cuando sea al comienzo de la relación y se trate de un contrato de naturaleza asegurativa, la empresa quede prácticamente eximida de su obligación, aun cuando omitió comprobar si esa eximente era procedente. (Vid. Sentencia de la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la ciudad de Buenos Aires de fecha 13 de mayo de 2008, asunto: CEMIC c/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires).

Con fundamento en las consideraciones expuestas, estima la Corte que al establecer el mencionado Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica una forma genérica de determinar la preexistencia de la enferme-

dad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, debe ser interpretada en el sentido de que esa preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o en su defecto la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno y en consecuencia, esta Corte advierte que son nulas, por abusivas, de conformidad con lo previsto en el mencionado artículo 87 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, las precisiones de la empresa contratante señaladas a lo largo de la Cláusula Cuarta, numeral 1 Aparte 1.3. del contrato, en cuanto a que de no ser declarada o desconocida cualquier tipo de patología SANITAS no respondería, pues, se repite, la empresa sólo se podría eximir cuando el usuario del servicio declare expresamente las enfermedades, padecimientos o malformaciones, o que aún no declarándolas al momento de suscripción del contrato, la empresa demuestre fehacientemente que el contratado las conocía o cuando el prestador del servicio (SANITAS) practique, al momento de la suscripción del contrato, todos los exámenes médicos necesarios para la determinación de las enfermedades, padecimientos o malformaciones. Así se declara.

En efecto, siguiendo la lectura de las cláusulas citadas, y la amplitud referida a que se “(...) pueda diagnosticar (...) sobre bases científicas sólidas” las enfermedades o padecimientos preexistentes, cabe preguntarse con qué tipo de atención podría contar un afiliado en el transcurso de la vigencia del contrato; virtualmente, ninguna (con excepción del supuesto de consultas, atención por accidentes, compra de medicamentos y análisis de laboratorio).

Ello por cuanto, la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad, en tal sentido, se reitera, al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exáme-

nes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la pre-existencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato. Lo anterior implica, que cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de la cobertura del contrato deberá ser asumido íntegramente por la entidad de medicina prepagada, en consecuencia, el rechazo a prestar los servicios al usuario sin más justificación legal que los derechos inherentes a la empresa puede provocar una violación al derecho fundamental a la salud, a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y podría llegar a impedir el deber constitucional y legal que tiene toda persona de procurar el cuidado de su salud. Así se decide.

Es decir, que la estipulación contractual cuyo estricto cumplimiento invoca la sancionada se enmarca dentro del concepto de cláusula abusiva que proscribe la normativa aplicable a este tipo de contratos. Y esa palmaria distorsión del equilibrio contractual se hace más patente cuando se tiene presente que se trata de contratos de tracto o cumplimiento sucesivo o de larga duración, en los que el consumidor hace un esfuerzo económico cuando se suscribe al servicio, cuando tiene una cierta solvencia patrimonial o cuando está sano, a fin de ser compensado en caso de requerir asistencia médica u hospitalaria cuando no tenga dinero y carezca de salud. Por cuanto, si bien en ese contexto es razonable que el consumidor pague más al principio y gane más al final, mientras que la empresa, en forma inversa, gane más al principio y pague más al final, no puede pretenderse que, aún cuando sea al comienzo de la relación y se trate de un contrato de naturaleza asegurativa, la empresa quede prácticamente eximida de su obligación, aun cuando omitió comprobar si esa eximente era procedente. (Vid. Sentencia de la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la ciudad de Buenos Aires de fecha 13 de mayo de 2008, asunto: CEMIC c/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires).

Con fundamento en las consideraciones expuestas, estima la Corte que

al establecer el mencionado Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, debe ser interpretada en el sentido de que esa preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o en su defecto la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno y en consecuencia, esta Corte advierte que son nulas, por abusivas, de conformidad con lo previsto en el mencionado artículo 87 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, las precisiones de la empresa contratante señaladas a lo largo de la Cláusula Cuarta, numeral 1 Aparte 1.3. del contrato, en cuanto a que de no ser declarada o desconocida cualquier tipo de patología SANITAS no respondería, pues, se repite, la empresa sólo se podría eximir cuando el usuario del servicio declare expresamente las enfermedades, padecimientos o malformaciones, o que aun no declarándolas al momento de suscripción del contrato, la empresa demuestre fehacientemente que el contratado las conocía o cuando el prestador del servicio (SANITAS) practique, al momento de la suscripción del contrato, todos los exámenes médicos necesarios para la determinación de las enfermedades, padecimientos o malformaciones. Así se declara.

.....
TEMA: CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA

Máxima: las empresas de medicina prepagada se caracterizan como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. La denominación usual deriva de que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiendo por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica.

Máxima: la actividad realizada por las empresas que

prestan servicios de medicina prepagada es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M.), asimilándose a una actividad propia del mercado asegurador y no de una verdadera medicina prepagada.

EXTRACTO:

Conforme a lo anterior, este Órgano Jurisdiccional observa que la medicina prepagada, se presenta bien, a través la unión o asociación de un grupo de profesionales de la salud integrados en una estructura biomédica, que ciertamente incluye recursos tecnológicos y científicos de que dispone hoy la ciencia médica para el cuidado, conservación y rescate de la salud, o de clínicas, que prestan directamente el servicio a un grupo de afiliados, quienes se comprometen al pago adelantado de tales servicios; e igualmente podría presentarse a través de la creación de una persona jurídica bajo la forma de sociedad mercantil o asociación civil, que se limita a la celebración de los contratos con los afiliados y a la contratación de los servicios médicos con otras entidades, prestando en definitiva una actividad de intermediación y cobertura de riesgos.

En líneas generales, puede caracterizarse a las empresas de medicina prepagadas como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. La denominación usual deriva de que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan las alteraciones de salud, o según sea requerida de acuerdo a los planes ofrecidos, lo que evidencia que se trata de una actividad económica de interés social.

El usuario de este tipo de servicio no sólo es un consumidor sino que,

antes de ello, es sujeto del derecho a la salud. Esto es: más allá de las relaciones y modalidades contractuales en las que el usuario debe hacer valer sus derechos como tal, en la medicina prepaga siempre está en juego el derecho a la salud -y el derecho a la vida-.

Al ser así, resulta claro que para el desarrollo de sus actividades, las empresas de medicina prepagadas tienen como uno de sus presupuestos básicos, el de “la prestación de un servicio público”, como es el de salud, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, está sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites.

Se evidencian, así mismo, otras actividades conexas a la prestación de la medicina prepagada que también ameritan la intervención estatal, en lo relativo a la reglamentación e inspección de las profesiones que pueden presentar un riesgo social, como sucede con el ejercicio de la medicina (Ley del Ejercicio de la Medicina, arts. 4 y 8), y el control de las actividades de manejo de recursos captados al público como fuente de financiación de su actividad.

Ahora bien, en referencia al derecho a la salud, en sentencia N° 2008-1543 de fecha 12 de agosto de 2008, supra citada (caso: LABORATORIOS SUBSTANTIA, C.A.), esta Corte señaló lo siguiente:

“(...) el derecho a la salud, que es un derecho humano fundamental como parte del derecho a la vida, objeto de protección especial por parte del Estado Social de Derecho y de Justicia que impera en Venezuela, conforme lo prevé el artículo 83 de la Constitución cuando establece, que ‘La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo, el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y

defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República’.” (Resaltado de este fallo).

Igualmente, y en relación a este derecho, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, en sentencia N° 1362, de fecha 11 de agosto de 2006 (caso: JULIA M. MARIÑO DE OSPINA y otros, citando sentencias números 487 y 864 de fecha 6 de abril de 2001 y 8 de mayo de 2002, respectivamente), señaló que “(...) el derecho a la salud como parte integrante del derecho a la vida, ha sido consagrado en nuestra Carta Magna como un derecho social fundamental (y no como simples «determinaciones de fines de estado»), cuya satisfacción corresponde principalmente al Estado, cuyos órganos desarrollan su actividad orientados por la elevación (progresiva) de la calidad de vida de los ciudadanos y, en definitiva, al bienestar colectivo (...) se desprende que se ha considerado el derecho a la salud como un derecho fundamental de orden social al afectar a una parte de la colectividad o al interés general, más allá de los intereses particulares (...)”. (Resaltado y subrayado de la Corte).

Anteriormente, la misma Sala, en sentencia N° 1286 de fecha 12 de junio de 2002 (caso: Francisco José Pérez Trujillo) señaló, que “(...) el artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela consagra el derecho que tienen todas las personal a la salud, el cual fue configurado por el constituyente como un derecho social fundamental, garantizado por el Estado a través de la fomento y ejecución de políticas encaminadas a mejorar el nivel de vida personal, el bienestar general y el disfrute de los servicios públicos.”. (Subrayado y resaltado de la Corte).

Se desprende de los criterios jurisprudenciales supra transcritos, que al ser considerado el derecho a la salud como un derecho fundamental de orden social, pues afecta al interés general, más allá de los intereses particulares, representa para el Estado una obligación, en los términos establecidos en el artículo 85 constitucional, intervenir y regular las instituciones

que se dediquen a la prestación de los servicios de salud.

El mencionado artículo 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, lo siguiente:

“Artículo 85. El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley (...omissis...) El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.”. (Resaltado de la Corte).

De esta manera, la medicina prepagada no es una actividad de cualquier tipo, puesto que por medio de ella tales empresas prestan un servicio de salud, el cual es público, esencial y está a cargo del Estado, quien tiene la obligación de garantizarlo de manera continua y eficiente. De otro lado, el desarrollo de esta actividad implica el ejercicio de la medicina, que es una profesión que implica riesgos sociales que justifican la inspección y vigilancia estatal.

Finalmente, este tipo de prestación del servicio de salud es específico debido a la modalidad del prepago, pues ella implica mayores riesgos para los usuarios del sistema. Así, cuando un cliente paga un servicio ya prestado su necesidad de atención de salud ha sido satisfecha. En cambio, en la medicina prepagada existe siempre el riesgo de que la persona abone la tarifa pero no pueda acceder al servicio de salud al cual tiene derecho según el contrato, pues si la entidad entra en crisis por no haber efectuado manejos financieros adecuados el cliente queda desprotegido. (Vid. Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia N° T-650/07, de fecha 17 de agosto de 2007, expediente T-1603300).

Ciertamente, estas entidades manejan importantes recursos de las personas contratantes, interesadas en preveer hacia el futuro, los potenciales riesgos de salud, lo cual justifica más aun la intervención del Estado, pues

se trata de garantizar que estas empresas, como depositarias de la confianza pública, cuenten con una adecuada organización y funcionamiento, a fin de proteger también los derechos de los consumidores o usuarios.

En este orden de ideas, el único interlocutor válido para dar respuesta a las demandas de los usuarios, quienes hallándose desprotegidos frente a los oferentes de servicios, son los actores sociales que presentan mayores dificultades a la hora de lograr que se respeten sus derechos en materia de salud, es el Estado.

En síntesis, la intervención estatal sobre la medicina prepagada tiene un fundamento constitucional múltiple: uno general, que es la intervención del Estado en la economía (artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela), y otros tres mucho más específicos: de un lado, ella es la expresión de la inspección y vigilancia de una profesión de riesgo social como lo es el ejercicio de la medicina; de otro lado, por tratarse del servicio público de atención de la salud, el Estado mantiene la regulación, el control y la vigilancia de esta actividad (artículos 19, 83 y 85 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela) y, finalmente, por la particular naturaleza de las medicinas prepagadas, puesto que en ellas se manejan recursos captados del público, lo que nos indica que estamos en presencia de una actividad de interés público que debe ser sometida a la especial vigilancia del Gobierno, a fin de que el desarrollo de dichas actividades esté en concordancia con el interés público, y que en el funcionamiento de tales actividades se salvaguarden adecuadamente los intereses de los usuarios de los servicios ofrecidos por las entidades objeto de intervención (artículo 117 Constitucional).

Sin embargo, en opinión de quien decide, la medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros al asumir ajenas consecuencias de problemas de salud, que maneja recursos captados del público, y que obtiene un lucro con el ejercicio de esa actividad, por lo cual, conforme al artículo 86 de la Constitución, se

trata de una actividad de interés público en el cual el control estatal debe ser más intenso.

Ciertamente, la actividad realizada por las empresas que prestan servicios de medicina prepagada “(...) es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M.), con lo cual puede reducirse a una actividad propia del mercado asegurador y no de una verdadera medicina prepagada, en vista de que cumple con los requisitos para ser una actividad de seguros, por cuanto en ella encontramos: 1) La mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes, que son en definitiva quienes van a soportar la pérdida al materializarse el riesgo (enfermedad o accidente que den origen a la obligación de prestar el servicio medico (sic)). 2) El lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad.” (Superintendencia de Seguros. Dictámenes 2004, N° 22. Consideraciones sobre Medicina Prepagada y sus diferencias con la actividad aseguradora. http://www.sudese.gov.ve/dict_2004_22.php).

Aunado a lo expuesto se advierte, que el artículo 5° del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro señala, que “El Contrato de seguro es aquél en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza. Las disposiciones del contrato de seguro se aplicarán a los convenios mediante los cuales una persona se obliga a prestar un servido o a pagar una cantidad de dinero en caso de que ocurra un acontecimiento futuro e incierto y que no dependa exclusivamente de la voluntad del beneficiario a cambio de una contraprestación, siempre que no exista una ley especial que los regule.”, de donde se desprende la similitud que existe entre la

actividad que realizan las empresas de medicina prepagada con las que efectúan las empresas de seguros.

En refuerzo de lo anterior, resulta oportuno traer a colación que dada la importancia del tema, el mismo ha sido objeto de discusión en el seno del órgano legislativo nacional, a tal punto que el espíritu del legislador está ampliamente ganado a la idea de que hay que someter a la vigilancia, fiscalización y control del Estado a este tipo de empresas.

Ello así, es evidente la importancia que tienen las empresas de medicina prepagada, al punto de considerar esta Corte, que esas empresas deberán cumplir con los requisitos, regulaciones y controles establecidos en la ley con competencia de seguros, por consiguiente, la actividad desplegada por estas empresas, aun cuando existen diferencias entre su objeto social y las sociedades mercantiles dedicadas a la actividad aseguradora, reitera este Órgano Jurisdiccional que deben encontrarse bajo la vigilancia, control y supervisión del Estado, por cuanto tal como antes se señaló, tales empresas prestan un servicio de salud, el cual es esencial y público; además, el desarrollo de esta actividad implica el ejercicio de la medicina, que es una profesión que implica riesgos sociales, elementos éstos que justifican suficientemente la inspección y vigilancia estatal. En consecuencia, conforme a lo previamente señalado, este Órgano Jurisdiccional considera que empresas como la recurrente, que se dedican a la prestación de la medicina prepagada, dada su naturaleza, deben someter su actuación tanto al Ministerio del ramo como a la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS y por su estrecha vinculación con los consumidores de ese servicio, han de someterse igualmente a las regulaciones previstas en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, así como a los controles ejercidos por el INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS).

En razón de ello, cada uno de estos organismos en el ámbito de su respectiva competencia, regularán y supervisarán el funcionamiento de las empresas de medicina prepagada, las cuales además deberán cumplir con los

requisitos, regulaciones y controles establecidos en el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros y en la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en tanto y en cuanto le sea aplicable. Así se declara.

Ello así, queda expresamente abandonado el criterio de la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo, establecido mediante sentencia N° 2003-493 de fecha 20 de febrero de 2003, en cuanto a la naturaleza jurídica, intervención estatal y mecanismos de control sobre empresas que, como la recurrente de autos, ejercen actividades que prestan un servicio de medicina prepagada. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2009-1473.

FECHA: 13 de agosto de 2009.

PARTES: Multinacional de Seguros, C.A contra Superintendencia de Seguros.

TEMA: POTESTADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Máxima: se ha venido dotando a la Administración Pública de una cantidad de herramientas que han permitido desarrollar con gran facilidad sus funciones y que, por eso, le separa y distingue de los administrados; la Administración Pública está en una situación jurídica diferente de la que se encuentran los particulares, la cual se concreta en la noción de la potestad de “autotutela administrativa” que constituye el denominado por la doctrina el privilegio de los privilegios.

Máxima: la Administración Pública tiene el poder de cambiar el estado jurídico de una situación de hecho preexistente, esto es, modificar el statu quo sin que

haga falta que tal declaración y, luego, su puesta en práctica, sea reconocida y ordenada previamente por los tribunales.

Máxima: de los poderes atribuidos a la Administración, tenemos: en primer lugar, la autotutela declarativa o decisoria que consiste en la potestad de la Administración de emitir declaraciones o decisiones capaces por sí mismas de modificar o extinguir situaciones jurídicas subjetivas, sin el concurso de los órganos jurisdiccionales y con independencia del consentimiento o colaboración del sujeto destinatario de aquellas y, en segundo lugar, la autotutela ejecutiva, consistente en la potestad de la Administración de llevar a la práctica (ejecutar) sus propias decisiones, llegando incluso al empleo de la coacción en caso de resistencia de sus destinatarios, e igualmente sin tener que contar para ello con la intervención de los tribunales.

Máxima: dentro de esta potestad de autotutela se encuentra la potestad atribuida a la Administración Pública de revisar y corregir de oficio o a instancia de los interesados, los actos dictados por ella. Esta potestad se desdobra en cuatro manifestaciones, a saber: i) potestad revocatoria; ii) potestad convalidatoria; iii) potestad de anulación; y, iv) la potestad de rectificación. De las mencionadas potestades, debe destacarse que las más importantes son la facultad revocatoria y la anulatoria de los actos administrativos emanados de la Administración.

Máxima: los actos administrativos pueden ser revocados en cualquier momento, en todo o en parte, sea por la misma autoridad administrativa que dictó el acto o por

su superior jerárquico, siempre que no originen derechos subjetivos o intereses legítimos, personales y directos para el particular.

Máxima: de conformidad con la ley, la Administración queda facultada para reconocer, en cualquier momento o a solicitud de parte, la nulidad absoluta de los actos dictados por ella.

Máxima: la Administración Pública al revisar un acto que haya generado derechos o intereses para algún particular, debe ser lo más cuidadosa posible en el análisis y determinación de la irregularidad, pues de declararse la nulidad de un acto que no adolezca de nulidad absoluta, se estaría sacrificando la estabilidad de la situación jurídica creada o reconocida por el acto y, por ende, el principio de seguridad jurídica, esencial y necesario a todo ordenamiento, por eliminar un vicio que no reviste mayor gravedad.

Máxima: la facultad rectificadora de errores materiales o de cálculo, está alejada de los derechos subjetivos e intereses legítimos, por cuanto con el ejercicio de dicha potestad estos derechos no se encuentran afectados, por cuanto en tales casos la rectificación material de errores no implica, en términos jurídicos, la revocación del acto.

EXTRACTO:

Aprueba esta Corte que la parte recurrente interpuso recurso contencioso administrativo de nulidad contra las Providencias Administrativas N° 000865 de fecha 20 de octubre de 2003 y N° 000971 de fecha 21 de noviembre de 2003, publicadas en las Gacetas Oficiales N° 37.810 de fecha

4 de noviembre de 2003; y N° 37.828 de fecha 28 de noviembre de 2003, respectivamente, emanadas de la Superintendencia de Seguros, por las cuales se aprobó el “Anexo de Cobertura de Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos”.

Ahora bien, la parte recurrente observó que en la segunda de las mencionadas Providencias Administrativas impugnadas, la Superintendencia de Seguros manifestó que en la Providencia N° 000865 de fecha 20 de octubre de 2003, se habría incurrido “(...) en varias omisiones e imprecisiones de especial relevancia, entre otras, la determinación de un plazo para que las empresas de seguros emitan el correspondiente anexo (...)”, por lo que procedió a reformar el contenido de la misma.

En este sentido, observa esta Corte que los apoderados judiciales de las sociedades mercantiles recurrentes, denunciaron que desconocen “(...) si la ‘Reforma’ de la Providencia N° 000865 se efectuó por convalidación de vicios del acto no trascendentales (vicios de nulidad relativa), cuya base es el artículo 81 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos; o por ejercicio de la potestad de revocación de los actos administrativos, conforme al artículo 82 eiusdem; o por reconocimiento de la nulidad absoluta del acto, artículo 83 idem; o, finalmente, por corrección de errores materiales o de cálculo en que hubiere incurrido para la configuración del acto, basado en el artículo 84 ibídem”.

Ello así, sostuvieron que lo anterior “(...) viola el principio de legalidad y genera inseguridad jurídica que provoca la lesión de los derechos constitucionales de [sus] representadas (...)”, por cuanto “(...) la Superintendencia de Seguros procede a la ‘Reforma’ de la Providencia N° 000865 del 20 de octubre de 2003, mediante la Providencia N° 000791 del 21 de noviembre de 2003, y ordena, contrariamente a lo exigido por el artículo 18, numeral 3 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, que se ‘reimprima’ la primera de las mencionadas providencias conservando la numeración, fecha y firma”.

Establecidos los términos de la presente denuncia, debe esta Corte destacar que en atención al principio de legalidad, articulando la atribución de potestades por medio de las normas de rango legal, se ha venido dotando a la Administración Pública de una cantidad de herramientas que han permitido desarrollar con gran facilidad sus funciones y que, por eso, le separa y distingue de los administrados.

Bajo esta distinción, manifestada en el modo de su actuación frente a los tribunales, la Administración pública está en una situación jurídica diferente de la que se encuentran los particulares, la cual se concreta en la noción de la potestad de “autotutela administrativa” que constituye el, así denominado por la doctrina, privilegio de los privilegios de aquella. (Vid. ANZOLA SPADARO, Karina. “Privilegios de la Administración Pública y su Justificación Final” /En/ Revista de Derecho Administrativo N° 19. Caracas: Sherwood, 2004. p. 22).

Esta particular potestad, que ciertamente conlleva el quiebre del principio de la paz pública, el cual impide a los sujetos de derecho tutelar por sí mismos sus situaciones jurídicas, encuentra fundamento en el interés general que le corresponde tutelar a la Administración Pública y que representa la posibilidad, justamente, de poder cambiar el estado jurídico de una situación de hecho preexistente, esto es, la posibilidad de modificar el statu quo sin que haga falta que tal declaración, y luego, su puesta en práctica, sea reconocida y ordenada, previamente, por los tribunales. El estudio concreto de estos poderes es, simplemente, como ha sostenido calificada doctrina, el objeto de buena parte del Derecho Administrativo. (Vid. SANTAMARÍA PASTOR, Juan Alfonso. “Principios de Derecho Administrativo”. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A., 1998. p. 94).

Así, comparada con la de los sujetos privados, bien puede decirse que la posición de la Administración es justamente la opuesta. La Administración no precisa de la colaboración judicial para hacer declaraciones de derechos que alteren per se las situaciones jurídicas o estados posesorios (tutela declarativa), ni para ejecutar coactivamente tales declaraciones (tutela

ejecutiva): la autotutela supone que, por regla general, puede realizar por sí misma uno y otro tipo de actividades.

De ello devienen, como puede apreciarse, dos concretas manifestaciones de los poderes atribuidos a la Administración, a saber: en primer lugar, la autotutela declarativa o decisoria, que consiste en la potestad de la Administración de emitir declaraciones o decisiones capaces por sí mismas de modificar o extinguir situaciones jurídicas subjetivas, sin el concurso de los órganos judiciales y con independencia del consentimiento o colaboración del sujeto destinatario de aquéllas. Y, en segundo lugar, la autotutela ejecutiva, consistente en la potestad de la Administración de llevar a la práctica (ejecutar) sus propias decisiones, llegando incluso al empleo de la coacción en caso de resistencia de sus destinatarios, e igualmente sin tener que contar para ello con la intervención de los tribunales.

Ahora bien, dentro de esta potestad de autotutela, se encuentra la potestad atribuida a la Administración Pública de revisar y corregir, de oficio o a instancia de los interesados, los actos dictados por ella. Esta potestad se desdobra en cuatro manifestaciones, a saber: i) potestad revocatoria; ii) potestad convalidatoria; iii) potestad de anulación; y, iv) la potestad de rectificación. De las mencionadas potestades, debe destacarse que las más importantes son la facultad revocatoria y la anulatoria de los actos administrativos emanados de la Administración.

De esta forma, dentro del Título IV “De la Revisión de los Actos en Vía Administrativa” de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, están consagradas cuatro disposiciones, en el Capítulo I “De la Revisión de Oficio”, donde se le confiere a la Administración el poder para convalidar los actos administrativos anulables (artículo 81), revocar los que no originen derechos subjetivos ni intereses legítimos a particulares (artículo 82), reconocer los viciados de nulidad absoluta (artículo 83) y rectificar a aquéllos actos administrativos emitidos con errores materiales o de cálculos (artículo 84).

En este sentido, la potestad revocatoria está regulada en el artículo 82 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, el cual reza así:

“Los actos administrativos que no originen derechos subjetivos o intereses legítimos, personales y directos para un particular, podrán ser revocados en cualquier momento, en todo o en parte, por la misma autoridad que los dictó, o por el respectivo superior jerárquico” (Resaltado de esta Corte).

De la referida disposición normativa se desprende que los actos administrativos pueden ser revocados en cualquier momento, en todo o en parte, sea por la misma autoridad administrativa que dictó el acto o por su superior jerárquico, siempre que no originen derechos subjetivos o intereses legítimos, personales y directos para el particular. De esta forma, la potestad revocatoria se establece, con carácter general, respecto a los actos administrativos que no originen derechos e intereses legítimos, por lo que la posibilidad de revocar, en base a esta formulación, tiene las señaladas limitaciones. De allí que, la Ley prohibió en forma absoluta, la posibilidad de la Administración de revocar los actos administrativos que hayan creado derechos a favor de particulares, salvo autorización expresa de la Ley (Vid. Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, Sentencia Número 2007-2093, de fecha 21 de noviembre de 2007, caso: Liliana Josefina Reyes Muñoz).

Asimismo, la potestad de reconocer la nulidad absoluta de los actos por parte de la propia Administración está prevista en el artículo 83 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, el cual dispone:

“La administración podrá en cualquier momento, de oficio o a solicitud de particulares, reconocer la nulidad absoluta de los actos dictados por ella” (Resaltado de esta Corte).

En efecto, en virtud de la referida disposición normativa, la Administración queda facultada para reconocer, en cualquier momento o a solicitud de parte, la nulidad absoluta de los actos dictados por ella.

En torno al tema, la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, mediante Sentencia N° 881, de fecha 6 de junio de 2007 (caso: Cervecería Polar del Lago C.A), indicó lo siguiente:

“(...) se observa que la potestad de autotutela como medio de protección del interés público y del principio de legalidad que rige la actividad administrativa, comprende tanto la posibilidad de revisar los fundamentos fácticos y jurídicos de los actos administrativos a instancia de parte, a través de los recursos administrativos, como de oficio, por iniciativa única de la propia Administración.

Esta última posibilidad, se encuentra consagrada en [el] ordenamiento en el Capítulo I del Título IV, de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, ‘De la Revisión de Oficio’, en el cual se establecen las formas y el alcance de la facultad de la Administración de revisar sus propios actos de oficio.

Así y de acuerdo al texto legal, la potestad de revisión de oficio, comprende a su vez varias facultades específicas, reconocidas pacíficamente tanto por la doctrina como por la jurisprudencia patria, a saber, la potestad convalidatoria, la potestad de rectificación, la potestad revocatoria y la potestad de anulación, previstas en los artículos 81 al 84 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, cada una con requisitos especiales y con alcances diferentes.

Las dos primeras tienen por objeto, la preservación de aquellos actos administrativos que se encuentren afectados por irregularidades leves que no acarreen su nulidad absoluta, y que puedan ser subsanadas permitiendo la conservación del acto administrativo y, con ella, la consecución del fin público que como acto de esta naturaleza está destinado a alcanzar. Mientras que las dos últimas, dirigidas a la declaratoria de nulidad del acto, bien sea relativa o absoluta, sin necesidad de auxilio de los órganos jurisdiccionales, tienen por fin el resguardo del principio de legalidad que rige toda actividad administrativa.

Ahora bien, estas dos facultades, revocatoria y anulatoria, se distinguen por los supuestos de procedencia de las mismas. La revocatoria es utilizada en algunos casos por razones de mérito u oportunidad cuando el interés público lo requiere, y también en casos de actos afectados de nulidad relativa que no hayan creado derechos subjetivos o intereses personales, legítimos y directos para un particular; en tanto que la anulatoria, no distingue entre los actos creadores de derechos y aquellos que no originan derechos o intereses para los particulares, por cuanto procede únicamente en los supuestos de actos viciados de nulidad absoluta.

Siendo ello así, la Administración al revisar un acto que haya generado derechos o intereses para algún particular, debe ser lo más cuidadosa posible en el análisis y determinación de la irregularidad, pues de declararse la nulidad de un acto que no adolezca de nulidad absoluta, se estaría sacrificando la estabilidad de la situación jurídica creada o reconocida por el acto y, por ende, el principio de seguridad jurídica, esencial y necesario a todo ordenamiento, por eliminar un vicio que no reviste mayor gravedad. De esta forma, la estabilidad de los actos administrativos y el principio de seguridad jurídica que informa el ordenamiento, sólo debe ceder ante la amenaza grave a otro principio no menos importante, cual es el principio de legalidad, el cual se vería afectado ante la permanencia de un acto gravemente viciado (...). (Resaltado de esta Corte).

En este contexto, entonces, este órgano Jurisdiccional advierte que la potestad de autotutela de la Administración, dentro de la cual se encuentra el poder de volver sobre sus propios actos, constituye una obligación de éste de rectificar su actuación, cuando la misma está viciada. La cual, en el caso particular de la facultad anulatoria, implica que los órganos competentes que la integran deben, de oficio o a solicitud de parte, y en cualquier momento, reconocer la nulidad de aquellos actos dictados por ella contrarios a derecho y que se encuentran afectados de nulidad absoluta (vid. Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia Número 2007-2093, antes referida).

Ahora bien, tal como fue precisado con anterioridad, en el caso de autos, aprecia este Órgano Jurisdiccional que la Superintendencia de Seguros, mediante Providencia N° 000971 de fecha 21 de noviembre de 2003, publicada en la Gaceta Oficial N° 37.828 de fecha 28 de noviembre de 2003, luego de constatar que la Providencia N° 000865 de fecha 20 de octubre de 2003, habría incurrido “(...) en varias omisiones e imprecisiones de especial relevancia, entre otras, la determinación de un plazo para que las empresas de seguros emitan el correspondiente anexo (...)”, procedió a “reformular” el contenido de la misma.

Ello así, se advierte entonces que la Superintendencia de Seguros actuó, en ejercicio de las potestades de autotutela, con fundamento en lo establecido en el artículo 84 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, disposición normativa que le permite a la Administración, en cualquier momento, corregir los errores materiales o de cálculo en que hubiere incurrido en la configuración de los actos administrativos.

En efecto, dicha potestad administrativa puede ejercerse en cualquier momento y está concebida por el legislador a la Administración a los fines que proceda a corregir errores de los actos administrativos producidos por inadvertencias, descuidos u otros carentes de intencionalidad. El objetivo esencial de esta facultad es el de permitir que se eliminen los errores de transcripción o de operaciones aritméticas en una forma muy simple, que no prevé solemnidad ni límite temporal alguno.

Ahora bien, esta potestad rectificadora, contemplada en el artículo 84 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, no debe confundirse con la revocatoria consagrada en el artículo 82 *eiusdem*, la cual está limitada al hecho de que el acto administrativo no haya originado derechos subjetivos o intereses legítimos para un particular.

En este sentido, se destaca que la potestad revocatoria está relacionada con la esencia o elementos de fondo del acto administrativo, permitida

sólo en aquellos casos en que el acto no ha creado derechos subjetivos o intereses legítimos, con lo cual se logra garantizar el respeto de las situaciones jurídicas nacidas al amparo de actos administrativos que favorecen a los particulares y que, al consagrarse el carácter irrevocable de los mismos, permite respetar el principio de seguridad jurídica. No obstante, el ejercicio de dicha potestad es total y absolutamente permisible cuando se trata de actos de gravamen, es decir, cuando la Administración revoca actos que han causado perjuicios al administrado, en los cuales no se originan derechos.

Por su parte, la facultad rectificadora de errores materiales o de cálculo, está alejada de los derechos subjetivos e intereses legítimos, por cuanto con el ejercicio de dicha potestad estos derechos no se encuentran afectados, por cuanto en tales casos la rectificación material de errores no implica, en términos jurídicos, la revocación del acto. El acto rectificado materialmente sigue teniendo el mismo contenido después de la rectificación, cuya única finalidad es eliminar los errores de transcripción, de simple cuenta u omisiones de datos relevantes, con el fin de evitar cualquier equívoco.

Con relación a la facultad de la Administración de corregir errores de cálculo, la Sala Política Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia ha establecido mediante sentencia N° 06416, de fecha 1° de diciembre de 2005 (caso: Enrique José Vivas Quintero) lo siguiente:

“Esta potestad de la que ha podido valerse en aquella oportunidad, es la de rectificación, contenida en el artículo 84 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, según la cual, podrá en cualquier tiempo corregir errores materiales o de cálculo en los que hubiere incurrido. Ésta tiene por objeto la preservación de aquellos actos administrativos que se encuentren afectados de irregularidades leves que no acarreen su nulidad absoluta y que pueden ser subsanados permitiendo la conservación del acto administrativo y, con ella, la consecución del fin público que como acto está destinado a alcanzar” (Negritas y subrayado de esta Corte).

De esta forma, por medio de la potestad de rectificación, otorgada a la Administración Pública por intermedio del artículo 84 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, no se revoca ni anula el acto administrativo, sino que simplemente se adecua el mismo a la voluntad concreta de la Administración, al corregirse los errores materiales en que hubiere incurrido ésta en su configuración.

Ello así, tal como fue acotado con anterioridad, se desprende que en el caso de autos la Superintendencia de Seguros mediante Providencia N° 000971 de fecha 21 de noviembre de 2003, publicada en la Gaceta Oficial N° 37.828 de fecha 28 de noviembre de 2003, luego de constatar que la Providencia N° 000865 de fecha 20 de octubre de 2003, habría incurrido “(...) en varias omisiones e imprecisiones de especial relevancia, entre otras, la determinación de un plazo para que las empresas de seguros emitan el correspondiente anexo (...)”, actuó de conformidad con lo establecido en el artículo 84 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativo, procediendo a corregir las omisiones en las que incurrió el acto primigenio.

.....

TEMA: SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS (EL CONTRATO DE SEGURO)

Máxima: el objeto específico de la actividad aseguradora, esto es, el contrato de seguros, se destaca –tal como ha sostenido la doctrina– que los elementos específicos del mismo son: los sujetos (en principio, la empresa de seguros y el asegurado (tomador, beneficiario); el consentimiento (que presupone la capacidad); el objeto (intercambio de una prima –suma de dinero– por el asegurado, por el resarcimiento de un daño o el cumplimiento de la prestación convenida a cargo del asegurado si se cumple el presupuesto al que se halla subordina-

do el cumplimiento de la prestación); que comprende, además, el riesgo (eventualidad de un daño en el patrimonio del asegurado); el siniestro (la posibilidad o probabilidad de realización de un evento dañoso); y la causa (el interés económico lícito de que un siniestro no ocurra).

Máxima: el objeto de la actividad aseguradora es, efectivamente, privado, pero sucede que la misma se proyecta con tal fuerza sobre el interés general que reclama inevitablemente el control e intervención de la Administración Pública.

EXTRACTO:

Siendo ello así, se observa que la Superintendencia de Seguros actuó ajustada al principio de legalidad, toda vez que ejerció una potestad administrativa previamente otorgada por la ley, procediendo a corregir los errores materiales y omisiones detectadas en el acto administrativo previamente dictado, sin que tal actuación haya significado una vulneración de los derechos subjetivos de la parte recurrente, toda vez que, por una parte, del acto administrativo corregido no se derivaron directamente derechos para las recurrentes; mientras que, por otra parte, no se procedió a la anulación de dicho acto administrativo, sino que simplemente se adecuó el mismo a la voluntad concreta de la Administración, al corregirse los errores materiales en que había incurrido ésta en su configuración.



Ello así, en cuanto al objeto específico de la actividad aseguradora, esto es, el contrato de seguros, se destaca —tal como ha sostenido la doctrina— que los elementos específicos del mismo son: los sujetos (en principio, la empresa de seguros y el asegurado —tomador, beneficiario); el consentimiento (que presupone la capacidad); el objeto (intercambio de una pri-

ma –suma de dinero- por el asegurado, por el resarcimiento de un daño o el cumplimiento de la prestación convenida a cargo del asegurado si se cumple el presupuesto al que se halla subordinado el cumplimiento de la prestación); que comprende, además, el riesgo (eventualidad de un daño en el patrimonio del asegurado); el siniestro (la posibilidad o probabilidad de realización de un evento dañoso); y la causa (el interés económico lícito de que un siniestro no ocurra). (vid. STIGLITZ, Rubén, *Derecho de Seguros*. Buenos Aires, Tomo I, Abeledo Perrot, 2001), enumeración que se ajusta a lo dispuesto en los artículos 5 al 11 del vigente Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, publicado en Gaceta Oficial N° 5.553, Extraordinario, del 12 de noviembre de 2001.

De lo anterior, se desprende que la actividad relacionada con los contratos de seguros, si bien guarda en su sustrato elementos que permiten abordarla desde la perspectiva iusprivatista (tratada por la doctrina mercantilista), la misma posee especial relevancia desde el punto de vista del Derecho público, lo que permite centrarla estrictamente desde la perspectiva de las potestades administrativas de ordenación y limitación sobre dicha actividad aseguradora, consagradas en la indicada Ley de las Empresas de Seguros y Reaseguros. De esta forma, el objeto de la actividad aseguradora es, efectivamente, privado; pero, sucede que la misma se proyecta con tal fuerza sobre el interés general, que reclama inevitablemente el control e intervención de la Administración pública.

En virtud de lo anterior, tal como ha destacado la jurisprudencia, a pesar de que las empresas aseguradoras son comerciantes, debido a que adoptan la forma de sociedad anónima, y realizan actos objetivos de comercio, en atención al artículo 2 numeral 12 del Código de Comercio, sin embargo, en razón de que realizan una actividad de interés público, se encuentran sometidas al control permanente del Estado. (vid. Corte Primera de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2003-2555 de fecha 5 de agosto de 2003, caso Banesco Seguros, C.A.).

.....

**TEMA: CONTRATO DE SEGURO Y EL PODER PÚBLICO
EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA**

Máxima: la inversión del ciclo productivo se verifica plenamente en el contrato de seguro, por cuanto en el mismo la empresa aseguradora recibe el precio de la prestación antes de que ella se realice y cumpla la que pueda corresponderle y a la que se ha obligado, es por ello que se justifica el interés interventor del poder público en la actividad aseguradora, intentando garantizar la protección de los asegurados frente a las consecuencias negativas del incumplimiento de las entidades aseguradoras. De esta forma, en el sector de seguros se encuentra involucrada la buena fe del público al entrar en contacto con las respectivas empresas aseguradoras, confiando en su correcto desenvolvimiento desde el punto de vista de la solvencia.

Máxima: la intervención administrativa en el sector de los seguros se encuentra apoyada en la necesidad de garantizar la protección de los asegurados, es decir, su buena fe. El Poder Público adopta para ello una manifiesta posición de importancia, que dada la conexión que existe entre la empresa aseguradora y la actividad que realiza se proyecta en dos ámbitos: organización y acción para la protección de la que se entiende parte más débil de la relación contractual (el asegurado). La tutela de los derechos de estos últimos, se presenta entonces como una de las razones de mayor peso y fundamento que explican la intervención administrativa en este sector.

Máxima: la actividad aseguradora es considerada una actividad de interés general, que ha sido regulada por

el legislador, a través de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en la que se establece un régimen de control por parte del Estado, por órgano de la Superintendencia de Seguros, a objeto de garantizar la protección de los asegurados y del mercado asegurador, todo ello en virtud de la participación económica que se produce en dicho sector.

EXTRACTO:

En otras palabras, la aludida “inversión del ciclo productivo”, se verifica plenamente en el contrato de seguro, por cuanto en el mismo la empresa aseguradora, recibe el “precio” de la prestación antes de que ella se realice y cumpla la que pueda corresponderle y a la que se ha obligado. Esto, en términos más elementales, significa que en el contrato de seguros se cobra –se paga- antes, mucho antes de que, en su caso, se realice por una de las partes la prestación contratada.

En función de estas características se justifica el interés interventor del poder público en la actividad aseguradora, intentando garantizar la protección de los asegurados frente a las consecuencias negativas del incumplimiento de las entidades aseguradoras. De esta forma, en el sector de seguros se encuentra involucrada la buena fe del público al entrar en contacto con las respectivas empresas aseguradoras, confiando en su correcto desenvolvimiento desde el punto de vista de la solvencia.

Ahora bien, como consecuencia de lo anterior, puede este Órgano Jurisdiccional afirmar que el sistema de seguros y reaseguros depende de la confianza que los agentes aseguradores generen a los asegurados, por estar involucrada la buena fe del público al entrar en contacto con las respectivas entidades confiando en su correcto desenvolvimiento desde el punto de vista de la solvencia. Por otra parte, se observa igualmente, tal como ha afirmado la doctrina, que en el contrato de seguro existe “(...) una desigualdad evidente entre las dos partes contratantes, una de las cua-

les se limita normalmente a adherirse a una propuesta contractual de gran complejidad” (MARTÍN MATEO, Ramón. *El Marco Público de la Economía de Mercado*. Navarra: Thomson-Aranzandi, 2ª edición, 2003. p. 305).

En este sentido, la singularidad del mercado de seguros, como parte integrante de los mercados financieros, conlleva a que en el mismo se presente una evidente asimetría de la información. Esta asimetría se presenta en contra del cliente, por cuanto la información de la cual dispone las entidades aseguradoras no es la misma con la cual cuentan los asegurados.

Esta información se refiere a un amplio conjunto de cuestiones: desde los verdaderos perfiles de riesgo de los productos que se contratan y su valor comparativo hasta la solvencia de la entidad en la que el cliente confía sus ahorros. Son estas limitaciones las que acarrearán la necesidad de una regulación protectora del cliente, del asegurado en este caso, en forma de exigencias en materia de información previa a la celebración del contrato, de regulación de aspectos de los contratos y, por supuesto, de la regulación de la solvencia de las entidades, así como la vigilancia del cumplimiento de todo ello a través de la supervisión.

De lo anterior, se desprende una lógica explicación de la intervención administrativa en el sector de los seguros, la cual se encuentra apoyada en la necesidad de garantizar la protección de los asegurados: su buena fe. El Poder Público adopta para ello una manifiesta posición de importancia, que dada la conexión que existe entre la empresa aseguradora y la actividad que realiza se proyecta en estos dos ámbitos –organización y acción- para la protección de la que se entiende parte más débil de la relación contractual: el asegurado. La tutela de los derechos de estos últimos, se presenta entonces como una de las razones de mayor peso y fundamento que explican la intervención administrativa en este sector. (vid. (MARTÍN-RETORTILLO BAQUER, Sebastián. *Ob. cit.* p. 165-183).

De esta forma, la Administración –en aplicación de las normas legales que regulan la actividad aseguradora- se encuentra en la obligación de ejer-

cer potestades administrativas de ordenación y limitación en dicho sector económico, con el propósito de lograr que las empresas aseguradoras mantengan una “situación de solvencia suficiente” con el fin de posibilitar el ulterior cumplimiento de sus obligaciones, con lo cual se protegería al asegurado, garantizándole el cumplimiento de lo pactado mediante el contrato de seguro.

De manera que, por cuanto las empresas de seguros administran una fuerte masa de capital constituida por las primas percibidas por cada contrato celebrado, esos fondos, que tienen como propósito el resarcimiento de un daño o el cumplimiento de una prestación convenida si ocurre el siniestro previsto, es preciso que no sean desviados de la función específica para los que se le reserva. En este sentido, es que se tiene resuelto que es exigencia del control, el de contar con una administración eficaz que asegure el debido cumplimiento por el asegurador de las obligaciones contraídas, que se concreta en el pago de la indemnización comprometida mediante una liquidación leal y rápida (vid. STIGLITZ, Rubén. Ob. cit. p. 50 y sig).

En fin, se aprecia que la intervención administrativa responde, de modo muy directo, a una auténtica demanda social que recaer, en la tutela de los asegurados y beneficiarios del contrato de seguro, dado que dicho contrato supone el cambio de una prestación presente por otra posible y futura, lo cual pone de manifiesto la existencia de un interés público destinado a que tenga efectividad tal prestación cuando eventualmente se produzca el siniestro, todo lo cual amerita que la legislación reguladora de la actividad emprendida por la empresa aseguradora constituya una unidad institucional que se encuentra ordenada por normas de Derecho público, y que las mismas estén destinadas a la protección del asegurado.

Con esto, la protección del asegurado, se localiza la primera de las razones para justificar la intervención administrativa en este sector. En definitiva, de lo que se trata es de brindar la protección de los asegurados (interés general).



En virtud de las consideraciones anteriores, se desprende que en el ordenamiento jurídico venezolano la actividad aseguradora es considerada una actividad de interés general, que ha sido regulada por el legislador, a través de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en la que se establece un régimen de control por parte del Estado, por órgano de la Superintendencia de Seguros, a objeto de garantizar la protección de los asegurados y del mercado asegurador, todo ello en virtud de la participación económica que se produce en dicho sector.

•••••
**TEMA: ANEXO DE COBERTURA DE MOTÍN, DISTURBIOS
POPULARES, DISTURBIOS LABORALES Y DAÑOS
MALICIOSOS EN EL CONTRATO DE SEGURO**

Máxima: es por esto que la aprobación del “Anexo de Cobertura de Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos”, se enmarca dentro de las potestades específicas de supervisión y control asignadas por el ordenamiento jurídico a la Superintendencia de Seguros, concretadas en las aludidas disposiciones normativas, con el propósito de resguardar los derechos de los asegurados, identificados como débiles jurídicos de la relación que se desprende del contrato de seguros.

Máxima: no puede afirmarse que se ha vulnerado el derecho a la libertad económica de las empresas aseguradoras, todas vez que las limitaciones impuestas obedecen a una medida, expresamente habilitada por las disposiciones legales y reglamentarias, que conceden potestades de limitación y ordenación a la Superintendencia de Seguros, y que tienen como propósito compatibilizar el ejercicio de la actividad aseguradora por parte de las empresas que operan en el sector, con los

derechos de los asegurados en su condición de débiles jurídicos de las relaciones que devienen del contrato de seguro.

Máxima: la actividad desplegada por la Superintendencia de Seguros implica el reconocimiento a la dinámica social como medio de transformación que origina que el riesgo sobre el cuidado de bienes, adquiera diferentes modalidades, que obligatoriamente deben ser cubiertas por las empresas dedicadas al ramo asegurador, siendo precisamente los Órganos Contralores de la Administración, verbigracia la Superintendencia de Seguros, el primero llamado a determinar cuándo cierto tipo de riesgos deben ser cubiertos.

Máxima: la implementación del “Anexo de Cobertura de Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos” no genera condiciones uniformes para la prestación de todo el ámbito asegurador, sólo en lo relativo a motines, disturbios y daños maliciosos, y sólo en lo relativo a la tutela mínima de tales riesgos, pues nada impide, para que, dada la libre competencia en la actividad aseguradora, las empresas aseguradoras fijen condiciones más favorables a las establecidas en el Anexo in commento sobre la forma de cobertura de los riesgos antes mencionados.

EXTRACTO:

Precisado lo anterior, aprecia esta Corte que, en el caso de autos, la parte recurrente interpuso recurso contencioso administrativo de nulidad contra las Providencias Administrativas N° 000865 de fecha 20 de octubre de 2003 y N° 000971 de fecha 21 de noviembre de 2003, publicadas en las Gacetas Oficiales N° 37.810 de fecha 4 de noviembre de 2003; y N°

37.828 de fecha 28 de noviembre de 2003, respectivamente, emanados de la Superintendencia de Seguros, por las cuales se aprobó el “Anexo de Cobertura de Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos”.

Es por esto que la aprobación del “Anexo de Cobertura de Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos”, se enmarca dentro de las potestades específicas de supervisión y control asignadas por el ordenamiento jurídico a la Superintendencia de Seguros, concretadas en las aludidas disposiciones normativas, con el propósito de resguardar los derechos de los asegurados, identificados como débiles jurídicos de la relación que se desprende del contrato de seguros.



Por otra parte, se tiene que la Superintendencia de Seguros al adoptar las Providencias Administrativas actuó con el propósito de proteger a los asegurados, identificados como “débiles jurídicos”, con el propósito de resguardarlos de posibles siniestros, como los incendios provocados por Motines, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos; por lo que procedió a aprobar, con carácter general y uniforme, el aludido Anexo de Cobertura, para ser adherido y formar parte integrante de las pólizas de seguros contra incendios, siendo que las empresas aseguradoras perciben una contraprestación por parte de los tomadores de la póliza, quien podrá pagar una prima adicional por la entrega del anexo en referencia, lo cual evita los perjuicios económicos para dichas empresas aseguradoras.

En virtud de lo anterior, encuentra esta Corte que se desprende de lo anterior que la Superintendencia de Seguros, a los fines de aprobar las Providencias Administrativas impugnadas, actuó con fundamento en las disposiciones normativas, de rango legal y reglamentario, que la habilitan para dictar los actos administrativos destinados a regular la actividad de las empresas aseguradoras, de manera que no puede afirmarse que haya actuado contrariando el principio de legalidad de la Administración, en

el entendido de cobertura normativa necesaria para su actuación. Así se declara.



Ello así, en el caso de autos se aprecia que las Providencias Administrativas impugnadas emanaron de la Superintendencia de Seguros, en ejercicio de las potestades atribuidas tanto por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros como por el Reglamento General de dicha Ley, con el propósito de concretar específicas limitaciones necesarias a los fines de compatibilizar el ejercicio de la actividad económica de las empresas aseguradora en dicho sector, con la necesaria protección de los asegurados, de manera que se compatibiliza el ejercicio del derecho a la libertad económica con las medidas necesarias y que funden, en dicho ámbito, como una excepción expresa a la regla general de libertad.

Siendo ello así, se tiene que —en el caso de autos— no puede afirmarse que se ha vulnerado el derecho a la libertad económica de las empresas recurrentes, todas vez que las limitaciones impuestas obedecen a una medida —como será analizado de seguidas— expresamente habilitada por las disposiciones legales y reglamentarias que conceden potestades de limitación y ordenación a la Superintendencia de Seguros, y que tienen como propósito compatibilizar el ejercicio de la actividad aseguradora por parte de las empresas que operan en el sector, con los derechos de los asegurados en su condición de débiles jurídicos de las relaciones que devienen del contrato de seguro. En virtud de lo anterior, se rechaza la presente denuncia propuesta por los apoderados judiciales de la parte recurrente. Así se declara.

En otro orden de ideas, denunciaron que los actos administrativos impugnados incurrieron en el vicio de desviación de poder, afirmando al respecto que “(...) actúa la Superintendencia de Seguros con potestad para un fin distinto al previsto en la norma que le atribuye tal potestad, toda vez que la norma en cuestión faculta a dicho organismo para dictar en cada caso y a solicitud de cada empresa de seguros o reaseguros las

aprobaciones de pólizas, anexos, recibos, solicitudes y demás documentos complementarios relacionados con aquellos y las tarifas y arancel de comisiones, y no para dictar un administrativo de efectos generales mediante el cual pretende de manera vinculante y con carácter general y uniforme imponerle a todas las empresas de seguros del país el Anexo de Cobertura de Motín, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos”.

En este sentido, se desprende de lo anterior que la parte recurrente denuncia que las Providencias Administrativas impugnadas incurren en el vicio de desviación de poder, el cual constituye una anormalidad que se verifica cuando los actos administrativos, aun siendo forma y substancialmente acordes con la ley, sin embargo, no lo son desde el punto de vista teleológico, por cuanto la Administración, al dictarlo, no persigue con ello el fin para cuyo logro le fue acordada la potestad, sino un fin distinto que es por sí mismo contrario a derecho.

Lo anterior implica, que deben darse dos supuestos para que se configure el vicio de desviación de poder, a saber: que el funcionario que dicta el acto administrativo tenga atribución legal de competencia y que el acto haya sido dictado con un fin distinto al previsto por el legislador; además, estos supuestos deben ser concurrentes”. (Vid. Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia, sentencia Número 00742 de fecha 19 de junio de 2008, caso: Sergio Octavio Pérez Moreno Vs. Contraloría general de la República).

En consecuencia, mal podrían indicar las sociedades mercantiles recurrentes que las Providencias recurridas fueron dictadas fuera de los fines que la Ley le otorgó a la Superintendencia de Seguros para lograr que las Empresas de Seguro tuvieran un trato equitativo y responsable con los particulares suscriptores de sus servicios. Así se declara.

En este sentido, observa esta Corte que la parte recurrente adujo al respecto que “(...) la Superintendencia de Seguros mediante Providencias impugnadas somete a todas las empresas de seguros y reaseguros, sin dis-

tinción alguna y sin atender a las particularidades de cada una de ellas, a un texto único, de carácter general y uniforme (...) violando así los derechos constitucionales de [su] representada a la libertad de contratación y a la libre competencia (...)”, lo cual, según afirmaron, es violatorio de los artículos 112 y 113 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Por el contrario, de la lectura de los actos administrativos impugnados se da como un hecho permitido y hasta aceptado, la existencia de la actividad aseguradora; pero, entendiendo la naturaleza de dicha actividad, y las necesidades de los tomadores o asegurados (identificados como débiles jurídicos de la relación contractual) la Superintendencia de Seguros dictó un “mínimo” dentro del cual debe ser ejercida dicha actividad, lo cual, en el caso de autos, se traduce en el deber hacia las aseguradoras a adoptar medidas específicas para la protección de los asegurados en caso de “Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos”, que formarían parte de las pólizas de seguros contra incendios.

A la luz de lo anterior, no encuentra esta Corte en qué forma se verifica el segundo de los requisitos establecidos para configurar la posición de dominio, es decir, cómo se encuadraría el beneficio supracompetitivo en detrimento de otros agentes económicos, toda vez que, (i) la Superintendencia de Seguros no está actuando como un agente económico, sino regulador; y (ii) la Superintendencia de Seguros, si bien está implementando —a través de los Anexos contenidos en la Providencias impugnadas— un mínimo en las condiciones de cobertura de las aseguradoras en caso de motines, disturbios etc.; tal situación no implica en modo alguno que las sociedades mercantiles aseguradoras deban asumir un modelo único para cubrir el mercado asegurador en Venezuela, por el contrario, pueden ofrecer modalidades incluso más ventajosas hacia sus usuarios; pues, como se indicó anteriormente en la presente motivación, las Providencias administrativas impugnadas, buscan que las sociedades mercantiles aseguradoras asuman el riesgo mínimo en casos especiales.

En efecto, respecto de la primera de las observaciones antes precisadas, que impedirían la configuración del alegado abuso de la posición de dominio, advierte esta Corte que la Superintendencia de Seguros es el órgano de control encargado de cumplir el objeto específico diseñado en el artículo 1º de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros que establece “(...) los principios y mecanismos mediante los cuales el Estado regula las actividades aseguradoras, reaseguradoras y beneficiarios de los seguros mercantiles y de la estabilidad del sistema asegurador”, para lo cual se han otorgado facultades de inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control sobre las empresas que realicen actividades de seguros, de reaseguros, de intermediación de seguros y otras conexas.

De esta forma, encuentra esta Corte que lejos de implicar un abuso de posición de dominio, la actividad desplegada por la Superintendencia de Seguros en los actos impugnados, implica el reconocimiento a la dinámica social como medio de transformación que origina que el riesgo sobre el cuidado de bienes, adquiera diferentes modalidades, que obligatoriamente deben ser cubiertas por las empresas dedicadas al ramo asegurador, siendo precisamente los Órganos Contralores de la Administración, verbigracia la Superintendencia de Seguros, los primeros llamados a determinar cuándo cierto tipo de riesgos deben ser cubiertos.

Por otro lado, no es cierto que la implementación del “Anexo de Cobertura de Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos” genere, per se, condiciones iguales en la prestación del servicio de seguro, dado que en modo alguno la implementación de dicho anexo de cobertura, genera condiciones uniformes para la prestación de todo el ámbito asegurador, sólo en lo relativo a motines, disturbios y daños maliciosos y, como fuera indicado anteriormente, sólo en lo relativo a la tutela mínima de tales riesgos, pues nada impide, para que, dada la libre competencia en la actividad aseguradora, las recurrentes fijen condiciones más favorables a las establecidas en el Anexo in commento sobre la forma de cobertura de los riesgos antes mencionados. En consecuencia, se desecha la presente denuncia de cartelización. Así se declara.

•••••
**TEMA: DERECHO A LA LIBERTAD ECONÓMICA Y LA
LIBERTAD DE EMPRESA**

Máxima: conforme a lo establecido en el texto constitucional, toda persona puede dedicarse libremente a la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las previstas en esta Constitución y las que establezcan las leyes, por razones de desarrollo humano, seguridad, sanidad, protección del ambiente u otras de interés social.

Máxima: la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia ha establecido que de la consagración constitucional del derecho a la libertad de empresa, se deduce igualmente una vertiente negativa, según la cual la situación de libertad conlleva la prohibición general de inmisión o perturbación de las posibilidades de desarrollo de una actividad económica, mientras el sistema normativo no prescriba lo contrario, con lo cual se reconoce de igual manera, el principio de regulación, como uno de los aspectos esenciales del estado social de derecho.

Máxima: el derecho de la libertad económica no debe ser entendido como un derecho consagrado en términos absolutos, sino que el mismo puede ser susceptible de ciertas limitaciones, las cuales deben venir dadas por ley o por manifestaciones provenientes de la Administración, en estricto apego del principio de la legalidad, las cuales pueden regular, limitar y controlar las actividades económicas que desempeñen los particulares.

Máxima: ha señalado la doctrina que el contenido de la libertad de empresa consiste básicamente en la posibilidad, siempre que se respeten las condiciones establecidas por las leyes, de acceder y permanecer en el mercado o, si se prefiere, de iniciar y desarrollar actividades productivas.

EXTRACTO:

Ello así, en cuanto al derecho a la libertad económica, destaca esta Corte que el artículo 112 del texto Constitucional acogió el derecho de todos los particulares a emprender y desarrollar la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las expresamente establecidas en la Constitución y la Ley. En este sentido, el artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela expresamente reconoce que:

“Toda persona puede dedicarse libremente a la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las previstas en esta Constitución y las que establezcan las leyes, por razones de desarrollo humano, seguridad, sanidad, protección del ambiente u otras de interés social. El Estado promoverá la iniciativa privada, garantizando la creación y justa distribución de la riqueza, así como la producción de bienes y servicios que satisfagan las necesidades de la población, la libertad de trabajo, empresa, comercio, industria, sin perjuicio de su facultad para dictar medidas para planificar, racionalizar y regular la economía e impulsar el desarrollo integral del país”.

Así, la libertad económica es manifestación específica de la libertad general del ciudadano, la cual se proyecta sobre su vertiente económica. De allí que, fuera de las limitaciones expresas que estén establecidas en la Ley, los particulares podrán libremente entrar, permanecer y salir del mercado de su preferencia, lo cual supone, también, el derecho a la explotación, según su autonomía privada, de la actividad que han emprendido.

De esta forma, del análisis de la disposición transcrita se desprende, que el Constituyente, en el contexto del principio de libertad que informa como valor fundamental al ordenamiento jurídico venezolano, desarrolló el derecho a la libertad económica, igualmente denominado derecho a la libertad de empresa, como una situación jurídica activa o situación de poder que, vista desde la perspectiva positiva, faculta a los sujetos de derecho a realizar cualquier actividad económica, mientras que se cumpla con las condiciones legalmente establecidas para su desarrollo y, del mismo modo, siempre que ésta no esté expresamente prohibida.

En este sentido, tal como lo ha precisado la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, de la consagración constitucional del derecho a la libertad de empresa, se deduce igualmente una vertiente negativa, según la cual la situación de libertad, conlleva la prohibición general de inmisión o perturbación de las posibilidades de desarrollo de una actividad económica, mientras el sistema normativo no prescriba lo contrario, con lo cual se reconoce de igual manera, el principio de regulación, como uno de los aspectos esenciales del estado social de derecho a que se refiere el artículo 2 del Texto Fundamental (Vid. Sentencia Número 462 de fecha 6 de abril de 2001, caso: Manuel Quevedo Fernández).

Sobre este particular, debe destacarse que el derecho de la libertad económica, no debe ser entendido como un derecho consagrado en términos absolutos, sino que el mismo puede ser susceptible de ciertas limitaciones, las cuales deben venir dadas por ley o por manifestaciones provenientes de la Administración, en estricto apego del principio de la legalidad, las cuales pueden regular, limitar y controlar las actividades económicas que desempeñen los particulares.

Es así como puede inferirse de la relación seguida en el artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que la restricción a la actividad económica, además de estar contemplada en una Ley, es necesario que obedezca a razones de desarrollo humano, seguridad, sanidad, protección del ambiente u otras de interés social.

En este sentido, las limitaciones o restricciones que se establezcan en el derecho a la libertad de empresa deben respetar el contenido esencial de dicho derecho. Así, debe entenderse por contenido o núcleo esencial aquella parte del contenido de un derecho sin el cual pierde su peculiaridad o, dicho de otro modo, lo que hace que sea reconocible como derecho correspondiente a un determinado tipo. En otros términos, el núcleo esencial del derecho se encuentra representado por aquella parte del contenido que es ineludiblemente necesaria para que el derecho permita a su titular la satisfacción de aquellos intereses para cuya constitución el derecho se otorga.

Ello así, para precisar el contenido esencial del derecho a la libertad de empresa, es necesario descomponer esa libertad en “tres dimensiones básicas o aspectos principales, complementarios entre sí: la libertad de acceso al mercado, la libertad de ejercicio de la empresa y la libertad de cesación en ese ejercicio”. (Vid. ROJO, Ángel. “Actividad económica privada en la Constitución española”, citado por FRACH I SAGHER, Martha. “Intervención administrativa sobre Bancos y Cajas de Ahorros”. Madrid: Civitas, 1992. p. 41).

En un orden lógico, el primer aspecto de la libertad de empresa es justamente la libertad de “emprender” actividades económicas, en el sentido de libre fundación de empresas y de libre acceso al mercado de bienes y servicios. Ello comprende la creación de empresas ex novo o la adquisición de las existentes.

En este sentido, el derecho a la libertad de empresa ampara todas las formas de adquirir la condición de empresario mediante la creación ex novo o la adquisición por cualquier título del poder de decisión sobre la empresa. Lo anterior, significa que cualquier persona física o jurídica que reúna los requisitos legales necesarios puede crear empresas y tiene derecho de establecimiento en cualquier sector económico, sin que quepan prohibiciones puramente discrecionales de la Administración (Vid. ARIÑO,

Gaspar. “Principios de Derecho Público Económico”. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2003. p. 264).

Ahora bien, tal como fue precisado con anterioridad, por carecer el derecho a la libertad de empresa de un carácter absoluto, el mismo puede ser objeto de limitación, lo cual implica que puede establecerse ciertos requisitos previos para la instalación de cualesquiera establecimientos comerciales en cualquier espacio, resultando por ello necesario el cumplimiento de tales requisitos y condiciones para iniciar la actividad económica que se desee emprender.

Sobre este particular, ha señalado la doctrina que el “(...) contenido de la libertad de empresa consiste básicamente en la posibilidad, siempre que se respeten las condiciones establecidas por las leyes, de acceder y permanecer en el mercado o, si se prefiere, de iniciar y desarrollar actividades productivas. Ello significa que, al igual que ocurre con el derecho al trabajo o el derecho a la propiedad privada, la libertad de empresa es básicamente un derecho fundamental de acceso a un ámbito, no un derecho fundamental a que ese ámbito se regule de un modo determinado, como es obvio, la ley puede restringir la libertad de empresa en caso de colisión con otros derechos fundamentales o valores constitucionalmente relevante (...)” (Vid. DIEZ-PICAZO, Luís María, “Sistema de Derechos Fundamentales”. Editorial Aranzadi. Navarra 2005, 2ª edición. Pp. 510 y ss).

De esta forma, las actividades económicas de los particulares pueden ser reglamentadas en la medida en que las mismas puedan alterar al orden público e incidan sobre la vida y desenvolvimiento que desempeñe el resto de la colectividad, por lo que en la mayoría de los casos, debe necesariamente condicionarse su ejercicio al control y expedición de autorizaciones por parte de la Administración, siendo por ello permisible, la intervención económica de las entidades públicas.

Con lo anterior, tal como lo ha sostenido la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, se confirma que sobre el derecho a la libertad de

empresa pueden fijarse limitaciones expresas, mediante ley, fuera de las cuales, quedan facultados los ciudadanos para actuar libremente, es decir, para ejercitar abiertamente los espacios de libertad no sometidos a alguna restricción. Con ello se afianza y se comprueba el único sentido que puede darse al esquema constitucional, consistente en la existencia de un espectro básico y fundamental constitutivo de la libertad, postulado como principio, frente al cual pueden aparecer restricciones o limitaciones que operan como excepciones expresas a la regla general, y que sólo pueden ser establecidas mediante ley, es decir, excluyendo en forma absoluta la posibilidad de formular tales limitaciones por medio de actos concretos o disposiciones sublegales. (Vid. Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, Sentencia Número 1.798 de fecha 19 de julio de 2005, caso: Festejos Mar, C.A.).

● ● ●

.....

TEMA: SIMULACIÓN CONTRACTUAL

Máxima: la simulación contractual se manifiesta como fenómeno constante en el desarrollo comercial dentro de nuestra sociedad. Hoy en día se están creando situaciones jurídicas aparentes que difieren de la situación jurídica verdadera, esto es producto de la ocurrencia de determinadas circunstancias adversas a los intereses patrimoniales de las partes contratantes.

EXTRACTO:

Por otra parte, las Providencias Administrativas emanadas de la Superintendencia de Seguros, no privan o impiden a las empresas aseguradoras recurrentes el libre ejercicio de sus recursos para el ejercicio de su actividad, siendo que como contraprestación a las obligaciones asumidas en los respectivos contratos de seguros, dichas empresas continuarán percibiendo la contraprestación correspondiente.

En efecto, se tiene que la Superintendencia de Seguros al adoptar las Providencias Administrativas actuó con el propósito de proteger a los asegurados, identificados como “débiles jurídicos”, con el propósito de resguardarlos de posibles siniestros, como los incendios provocados por Motines, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos; por lo que procedió a aprobar, con carácter general y uniforme, el aludido Anexo de Cobertura, para ser adherido y formar parte integrante de las pólizas de seguros contra incendios, siendo que las empresas aseguradoras perciben una contraprestación por parte de los tomadores de la póliza, por lo que se aprecia que, en el caso específico, se trata de compatibilizar el derecho a la propiedad, en su visión individual, con las exigencias o función social del mismo, en el ámbito concreto de la actividad aseguradora. En virtud de lo anterior, esta Corte desecha la denuncia de violación del derecho de propiedad planteado por los apoderados judiciales de la parte recurrente, así se declara.

Especificado lo anterior, aprecia esta Corte que los apoderados judiciales de la parte recurrente denunciaron que en el caso de autos la Superintendencia de Seguros habría vulnerado el principio de la reserva legal, por cuanto ha regulado mediante actos administrativos la materia reservada a la ley.

Ahora bien, debe esta Corte precisar que el principio de la reserva legal, cuyo fundamento político radica en el principio de la división de poderes, garantiza que solamente el legislador, en su condición de representante directo de la sociedad, y no el poder ejecutivo puede decidir sobre la limitación de la libertad individual; sólo al legislador le corresponde la potestad de prohibir conductas (definidor delitos) e imponer privaciones de derechos (imponer penas). Este principio, se inserta en la construcción del Estado de Derecho y debe atribuirse a esto un fundamento político-representativo, pues en sus orígenes el mismo se establece como una exigencia de legitimación de la decisión del Estado que incida sobre los ámbitos de libertad del individuo, por lo que se atribuye tal decisión a la voluntad general.

En este sentido, resulta necesario destacar que la reserva legal es “(...) aquella decisión constitucional que remite a la Ley la regulación de determinadas materias, excluyendo así de su ámbito —con mayor o menor intensidad— a las demás normas. (...)” (Vid. “Enciclopedia Jurídica Básica” Editorial Civitas. Madrid, 1996, Pp. 5860 y sig.).

En este sentido, se observa que el aludido principio de la reserva legal puede ser entendido desde una perspectiva material, así como desde el punto de vista formal. Ello así, se entiende por reserva material la necesidad de que determinadas materias sean reguladas por la Ley o, lo que es lo mismo, la imposibilidad de llevar a cabo su regulación mediante un simple reglamento.

Ahora bien, distinto de los supuestos que configuran la denominada reserva material, en cualquiera de sus niveles, es el caso en que pese a no existir materia reserva a la Ley, por imperativo constitucional, ésta se encuentre, de hecho, regulada por una disposición de este rango, produciendo una congelación normativa o reserva formal de ley. En virtud del principio “*contrarius actus*” (que impone la necesidad de derogar una norma por otra de igual rango y clase) si una materia determinada se encuentra regulada por Ley, su modificación posterior habrá de hacerse igualmente por Ley. Se trata de una mera elevación de rango de una materia que, en principio, no requiera ser regulada por Ley y que, por tanto, nada tiene que ver con el trasfondo político de reparto de poder que subyace en todo el tema de las materias reservadas (vid. VILLAR PALASÍ, José Luis y VILLAR ESCURRA, José. Principios de Derecho Administrativo. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Facultad de Derecho, Universidad Complutense de Madrid, 6ª edición, 1999, p. 110).

En función a lo anterior, se ha afirmado que la reserva legal comporta una obligación para el Poder Legislativo de legislar en determinadas materias y, correlativamente, una interdicción para el Poder Ejecutivo o la Administración de incidir en dicho ámbito. No obstante, paralelamente a

lo anterior, se destaca igualmente que la idea antes expuesta, respecto a la interpretación original del principio de la reserva legal, se ha relativizado con el otorgamiento de la potestad normativa a los gobiernos en las Constituciones, mediante la figura de los decretos leyes y de los decretos legislativos.

Así, se habla entonces de una reserva legal absoluta frente a una reserva legal relativa. En el primer caso, la materia objeto de la reserva es regulada exhaustivamente por la ley formal, configurándose de esa manera una interdicción total para el reglamentista de incidir sobre dicha materia. En este sentido, se puede afirmar que en materia penal encuentra plena concreción esta modalidad de reserva legal, pues dentro de este ámbito se exige que la actividad del legislador abarque tanto la tipificación de los delitos como de las penas. Por su parte, en cuanto a la reserva legal relativa, se afirma que en estos casos la figura opera mediante la regulación de los principios básicos de la materia en la ley formal, permitiendo la colaboración del reglamento a los fines del desarrollo y ejecución de esos principios, de tal manera que la reserva se configura en un marco normativo formado por la ley y el reglamento.

Esta última modalidad de reserva, resulta oportuno destacar, reviste la particularidad de que requiere la sanción de una ley contentiva de la normativa básica sobre la materia, la cual va a ser desarrollada por los instrumentos de rango sublegal, por supuesto, atendiendo a los parámetros contenidos en la remisión, sin poder el reglamentista intentar crear dispositivos normativos contrarios, o sencillamente diferentes, a los elementos básicos contenidos en la ley, pues cualquier reglamento que contenga una normación independiente del correspondiente texto legal, estará viciado de nulidad absoluta. Esos elementos básicos de la ley constituyen una condición sine qua non para que pueda operar la referida colaboración reglamentaria, absolutamente prohibida cuando se trate de regular materias que forman parte de la reserva legal.

Ahora bien, existe actualmente el reconocimiento de la aludida matización

de esta garantía en el marco del ejercicio de las potestades de ordenación y limitación de la Administración en los sectores de especial relevancia social y económica, inscribiéndose por tanto dentro de la denominada reserva legal relativa. En este sentido, la jurisprudencia ha sostenido que debido a la vinculación funcional de esta potestad con el logro de las finalidades de interés público asignadas a la Administración, para la cual debe realizar múltiples y disímiles actividades, así como “el carácter en cierto modo insuprimible de la potestad reglamentaria en ciertas materias”, es necesario atenuar el rigor propio de la exigencia de normas de rango legal para concretar la atribución de potestades a la Administración pública; y, en consecuencia, admitir que la exigencia de la garantía de la reserva legal debe flexibilizarse.

De esta forma, en Venezuela, con las matizaciones que se admiten del principio de la reserva legal, base para propugnar su carácter relativo, resulta necesario que la ley formal contenga los elementos mínimos de contenido material, porque en caso de omitirlos se produciría una deslegalización, ya que, materias que deben ser reguladas por la ley pasarían en virtud de una remisión genérica a ser reguladas por el Reglamento. Este último sólo puede complementar, y complementar supone la preexistencia de una ley que defina con certeza y precisión tipificaciones y sanciones. El mismo, en cambio, no puede crear nuevas situaciones o conferir a la Administración nuevas potestades, así como tampoco podría separarse de los elementos esenciales contenidos en la norma de rango legal. Admitir lo contrario sería dotar a la norma reglamentaria de un carácter independiente, sin que se encuentre subordinada y dependiente de la ley.

De lo que queda dicho, se desprende que el principio de reserva legal constituye, en efecto, una garantía esencial del Estado de Derecho, cuyo significado implica asegurar que la regulación de determinados ámbitos de libertad y de derechos de los ciudadanos deben ser regulados exclusivamente por la voluntad de sus representantes, de forma que tales ámbitos han de quedar exentos de acción del Ejecutivo y, en consecuencia, de los Reglamentos que constituyen su principal producto normativo.

Siendo ello así, el ámbito concreto de los derechos denunciados como violados por los recurrentes, ciertamente deben ser amparados por el principios de la reserva legal, en los términos antes referidos. No obstante, y producto de las consideraciones antes reseñadas, no puede afirmarse que debe aplicarse o postularse la vigencia de tal principio en términos absolutos de modo que quede excluida toda posibilidad de colaboración por parte de la norma reglamentaria. Por el contrario, antes de entender su vigencia absoluta, debe admitirse que el principio de la reserva legal no excluye la posibilidad de que las leyes contengan remisiones a normas reglamentarias, siempre que tales remisiones impidan que exista una regulación independiente y no subordinada a la Ley.

Aunado a lo anterior, tal como fue precisado previamente, se admite que dada la consagración del Estado Social de Derecho, aunado al carácter normativo de las Constituciones modernas, requiere del Poder Público la adopción de medidas que posibiliten la promoción del desarrollo económico y social, que implica la intervención estatal en la sociedad, especialmente en el ámbito económico. Ello así, la extensión de la reserva legal a todas las materias que pudieran afectar los derechos e intereses de los particulares, dificultaría el cumplimiento de la actividad estatal prestacional ordenada por la Constitución, por lo cual, ésta debe limitarse a lo que la propia Norma Fundamental haya previsto al respecto, sin posibilidad de una interpretación que la extienda a todos los ámbitos de actuación del Poder Público.

Producto de lo anterior, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, ha precisado al respecto que:

“En este sentido, la reserva legal adquiere hoy un significado distinto respecto de la posibilidad de que el legislativo disponga libremente de las materias que la Constitución le reserva. Así, la reserva no impide al legislador a apelar a la colaboración de normas sublegales para regular la materia reservada y esta colaboración no deja

de ser una técnica de normación legítima, siempre que se mantenga dentro de los límites que ésta impone a la propia ley, pues sería absurdo pensar que la reserva de ley implica la obligación del legislador de establecer hasta sus últimos detalles la disciplina de una materia.

De este modo, la reserva de ley implica una intensidad normativa mínima sobre la materia que es indisponible para el propio legislador, pero al mismo tiempo permite que se recurra a normas de rango inferior para colaborar en la producción normativa más allá de ese contenido obligado. El significado esencial de la reserva legal es, entonces, obligar al legislador a disciplinar las concretas materias que la Constitución le ha reservado. Sin embargo, dicha reserva no excluye la posibilidad de que las leyes contengan remisiones a normas sublegales, siempre que tales remisiones no hagan posible una regulación independiente y no claramente subordinada a la ley, por lo que no son admisibles las llamadas “deslegalizaciones” que se traducen en cláusulas generales que dejen en manos de otros órganos del Poder Público, sin directrices ni objetivos, la responsabilidad de regular materias reservadas a la ley.

A partir de esta exigencia, caben diversas gradaciones según el ordenamiento sectorial en el que se haya constituido la reserva. Así, su intensidad deberá ser mayor cuanto más directamente la regulación de la materia afecte a los derechos fundamentales. No obstante, esta intensidad decrece en aquellos casos en los cuales el ejercicio de los derechos individuales se cruza con aspectos que involucran la función social o el interés general”.

(Vid. Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, Sentencia Número 2164 de fecha 14 de septiembre de 2004, caso: Alfredo Travieso Passios Vs. Ley de Mercado de Capitales).

De lo anterior, se desprende que la formulación de la reserva legal no excluye de manera radical la participación de las normas reglamentarias en la ordenación de un determinado sector económico o social, incluso

en aquellos en que los particulares realizan su actividad en función del ejercicio de sus derechos constitucionales, siendo que —en los términos de la aludida sentencia— en los casos en que el ejercicio de estos derechos se entrelazan con actividades de evidente interés general, la intensidad del principio de la reserva legal decrece.

En este sentido, se reitera que la actividad de seguros, ciertamente, está reservada a la ley por mandato expreso de la Constitución, razón por la cual sólo el legislador a través del acto formal puede regular dicha actividad. Por ello, se dictó la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, que tiene como objetivo fundamental el establecimiento de los principios y mecanismos mediante los cuales el Estado, a través de la Superintendencia de Seguros, puede regular y controlar la actividad realizada por las empresas aseguradoras, reaseguradoras y conexas en el país.

En este punto, importa reiterar el carácter de recolectoras del ahorro público que tienen las empresas de seguros y reaseguros, así como su calificación —en el sector financiero— de agentes económicos activos e instituciones financieras no bancarias, lo cual impone al Estado la tutela del interés general representado por la masa de asegurados, suscriptores de multiplicidades de contratos (pólizas de seguros). Esta relevancia, en el que se concretiza el interés general, explica la intervención del Estado en la actividad aseguradora, la cual se concretiza en las aludidas potestades de inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control, sobre las empresas de seguros y reaseguros.

Esta intervención y control estatal, que encuentra fundamento en la reserva contenida en el antes mencionado artículo 156 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, se explica —como se acotó previamente— por las razones siguientes: i) El carácter de recolectoras del ahorro público que tienen las empresas de seguros y reaseguros; ii) La acumulación de capitales que tal actividad supone; iii) La inversión económica que se produce en la relación contractual entre asegurado y asegurador; iv) La desigualdad que se presente entre los asegurados y las empresas aseguradoras.

En virtud de lo anterior, resulta necesaria la regulación a los fines proteger a los asegurados (interés general), lo cual se concretiza en dos (2) enfoques o visiones básicas: a) La seguridad financiera a nivel de cada empresa aseguradora, a fin de evitar que los asegurados se vean enfrentados a una insuficiencia financiera por parte de éstas, consecuencia –por ejemplo- de una crisis financiera; y b) La verificación de la conformidad de los contratos- pólizas de seguros con la Ley y los reglamentos de aplicación.

De esta forma, pese a que la actividad realizada por las empresas aseguradoras constituye el ejercicio del derecho a la libertad económica, como concretización en el ámbito económico del ámbito de libertad del ciudadano, y que, por tanto, la regulación sobre la misma afecta el ejercicio de este derecho constitucional, en dicho ámbito es admisible y necesaria la colaboración del reglamento en su regulación, lo cual resulta constitucionalmente legítimo en los casos en que la colaboración reglamentaria no esté formulada en términos independiente de los contenidos específicos de la ley. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01386.

FECHA: 30 de septiembre de 2009.

PARTES: Seguros La Previsora contra el Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas.

.....

TEMA: PUBLICIDAD PREVIA APROBACIÓN

Máxima: requisitos de la publicidad en la actividad aseguradora: i) Toda propaganda de seguros debe ser sometida a la aprobación de la Superintendencia de Seguros, y tal habilitación se producirá bien de forma expresa

bien de manera tácita -por silencio positivo- si aquélla no decide dentro del plazo legal; ii) Se considera propaganda, a los efectos de la citada legislación, todo anuncio que pretenda hacerse público y que se refiera a alguna póliza, combinación de seguros, empresa de seguros, reaseguros o corretaje, situación de la compañía o sus productos; iii) Los ofrecimientos hechos en los anuncios publicitarios deben ser comprobables por la Superintendencia de Seguros; iv) Los anuncios que no requieren de la referida aprobación, son sólo aquellos alusivos a asuntos internos de las empresas sometidas al control de la Superintendencia, o que se restrinjan a manifestar una congratulación o condolencia. Una vez presentado el texto publicitario y aprobado por la Superintendencia, puede ser utilizado por la empresa de seguros siempre y cuando no se modifique su contenido, de lo contrario estaríamos en presencia de un nuevo aviso, que necesariamente requeriría la aprobación por parte de la Administración.

Máxima: la inclusión de la frase “Financiamiento de tu póliza a través de Inversora Previcrédito” en el anuncio publicitario aprobado -sin tal mención- por la Superintendencia de Seguros, no constituye, por una parte, manifestación alguna de sentimientos de felicitaciones o conmiseración, como tampoco se refiere a aspectos esencialmente internos de la compañía de seguros; por otra, resulta claro de la expresión en referencia que la misma se extiende a especificar una condición, ventaja o característica de la póliza de seguro para vehículos ofrecida por C.N.A. de Seguros La Previsora, no aprobada por el organismo competente por no haberle sido sometida a su autorización previa.

EXTRACTO:

Llegada la oportunidad para decidir el mérito de la causa, pasa esta Sala a analizar los argumentos esgrimidos por las apoderadas de C.N.A. de Seguros La Previsora contra el acto a través del cual el Ministro del Poder Popular para las Finanzas confirmó, por vía jerárquica, la multa impuesta a aquélla por la Superintendencia de Seguros, por la violación del artículo 73 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros. A tal objeto, se observa: Sostiene la representación actora que la Administración recurrida incurrió en un falso supuesto al estimar -erróneamente- que su mandante había divulgado una publicidad no autorizada, toda vez que la inclusión de la frase relativa al financiamiento de la póliza, no transformaba el anuncio publicado en prensa en una nueva publicidad que requiriera, por ende, la aprobación de la Superintendencia de Seguros.

Al respecto, resulta menester señalar que el vicio de falso supuesto se patentiza de dos maneras, a saber: en los hechos, cuando la Administración al dictar un acto administrativo, fundamenta su decisión en circunstancias fácticas inexistentes, falsas o no relacionadas con el o los asuntos objeto de decisión; en el derecho, cuando tales hechos que dan origen a la providencia administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al fundamentar su decisión los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo, incidiendo decisivamente en la esfera de los derechos subjetivos del administrado.

En el caso bajo análisis, lo denunciado es, en esencia, un error en la apreciación de los hechos que motivaron la cuestionada actuación de la Administración, concretamente la circunstancia de haber publicitado la recurrente un anuncio no sometido a la autorización de la Superintendencia.

Para mayor especificidad, juzga la Sala necesario reseñar una serie de circunstancias que constituyen situaciones no controvertidas por las partes en litigio, a saber:

a. Mediante oficio N° 3927 del 10 de junio de 2005, la Superintendencia de Seguros aprobó con el N° 13.422 el siguiente texto publicitario presentado por C.N.A. de Seguros La Previsora:

“Amparo que va más allá de la pérdida total o de los daños parciales ocasionados a tu auto.

Te brinda protección adicional para ti y los tuyos en caso de daños a los ocupantes de tu vehículo y aquellos provocados a vehículos de terceros.

Centro de Atención Telefónica, para atenderte, en caso de accidentes personales, que funciona 24 horas, los 365 días del año”.

b. El 16 de marzo de 2006, apareció publicado en el Diario “El Nacional”, el siguiente anuncio:

“Amparo que va más allá de la pérdida total o de los daños parciales ocasionados a tu vehículo.

Te brinda protección adicional para ti y los tuyos en caso de daños a los ocupantes de tu vehículo y aquellos provocados a vehículos de terceros.

Centro de Atención Telefónica, para atenderte, en caso de accidentes personales, que funciona 24 horas, los 365 días del año.

Financiamiento de tu póliza a través de Inversora Previcrédito.” (Resaltado de este fallo).

c. La Superintendencia de Seguros consideró en su Resolución N° FSS-2-3-001321 del 17 de noviembre de 2006, que la inclusión del ofrecimiento contenido en la frase “Financiamiento de tu póliza a través de Inversora Previcrédito” constituía la publicidad de una propaganda para la cual no se obtuvo la aprobación previa de ese organismo; circunstancia que a su juicio contraría lo establecido en el artículo 73 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

De otra parte, interesa destacar que, en la oportunidad de solicitar la reconsideración de la sanción impuesta, la representación de la precitada compañía de seguros sostuvo que “la presencia de dicho texto en el contenido de la publicidad se debió a una causa extraña no imputable a la empresa de seguros, pues por un error de la compañía encargada de realizar el montaje y la impresión de este aviso publicitario en el periódico, no se borró dicha expresión del texto publicitado”. Asimismo, alegó que cuando la Superintendencia imparte su aprobación a una propaganda o lema comercial, “la empresa tiene la potestad de incluir dicha propaganda en cualquier forma de expresión pública, sin que requiera, en cada uso, de nueva aprobación por parte del organismo contralor, lo cual por otro lado carecería de toda lógica amén de una constante e innecesaria actividad administrativa”.

De igual manera, sostuvo en el escrito contentivo del recurso jerárquico que “no se trata de una nueva publicidad (...) sino que se trató de una publicidad debidamente autorizada, y a la cual se le incluyó información sobre la posibilidad de financiamiento, lo cual no desvirtuó el texto aprobado ni ha sido violatorio del artículo 73 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, ni del artículo 76 y 77 del Reglamento (...)”.

Expuesto lo anterior, resulta necesario señalar que, de conformidad con el artículo 73 de la citada Ley, “Toda propaganda de seguros deberá tener la previa aprobación de la Superintendencia de Seguros, de acuerdo a las normas que fije el Reglamento. La Superintendencia de Seguros dispondrá de quince días continuos para responder y vencido ese plazo sin que haya contestado, se considerará aprobada la solicitud”.

Asimismo, disponen los artículos 76, 77 y 78 del Reglamento General de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, publicado en Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 5.339 Extraordinario del 27 de abril de 1999, lo siguiente:

“Artículo 76. Todo anuncio relacionado con la materia de seguros comerciales que pretenda hacerse público por cualquier medio y en el que se mencione o se refiera a alguna póliza o combinación de seguros, empresa de seguros, de reaseguros o de corretaje, deberá ser sometido a la aprobación de la Superintendencia de Seguros, por triplicado, con no menos de cinco (5) días continuos antes de la fecha en que se pretenda publicar. La Superintendencia de Seguros otorgará la aprobación, cuando sea procedente, bajo números consecutivos indicando el plazo de duración de esa aprobación cuando la publicidad contenga menciones que puedan variar en el transcurso del tiempo.

Parágrafo único. La Superintendencia de Seguros podrá realizar cualquier modificación a los textos de publicidad sometidos a su aprobación. Si las modificaciones no fueren aceptadas por la empresa, no podrá publicar el texto publicitario.

Artículo 77. Ninguna publicidad de seguros deberá hacer mención o contener ofrecimientos que no sean comprobables por la Superintendencia de Seguros, que puedan llamar a error o engaño al público, o que viole normas legales, reglamentarias, administrativas o éticas.

Parágrafo único. A los efectos de este artículo se incluyen todos los anuncios dados a los medios de comunicación sobre la situación de la compañía o sobre productos, pólizas o combinaciones de éstos.

Artículo 78. No se requiere la aprobación previa de la Superintendencia de Seguros para la publicación por las empresas sometidas a la Ley de aquellos anuncios que se refieran exclusivamente a asuntos administrativos internos de las mismas o que se limiten a expresar una felicitación o manifestación de condolencia. En dichos anuncios sólo podrá aparecer la denominación o razón social de la empresa que realiza la publicación, su lema, siempre que el mismo esté aprobado por la Superintendencia de Seguros y el asunto o manifestación en cuestión. En estos casos, no deberá indicarse el número y oficio de aprobación de la Superintendencia de Seguros del lema que se estuviese utilizando”.

De las trascritas disposiciones se desprende que:

(i) Toda propaganda de seguros debe ser sometida a la aprobación de la Superintendencia de Seguros, y tal habilitación se producirá bien de forma expresa bien de manera tácita -por silencio positivo- si aquélla no decide dentro del plazo legal.

(ii) Se considera propaganda, a los efectos de la citada legislación, todo anuncio que pretenda hacerse público y que se refiera a alguna póliza, combinación de seguros, empresa de seguros, reaseguros o corretaje, situación de la compañía o sus productos.

(iii) Los ofrecimientos hechos en los anuncios publicitarios deben ser comprobables por la Superintendencia de Seguros.

(iv) Los anuncios que no requieren de la referida aprobación, son sólo aquellos alusivos a asuntos internos de las empresas sometidas al control de la Superintendencia, o que se restrinjan a manifestar una congratulación o condolencia.

Sobre la base de lo anterior, considera esta Sala que la inclusión de la frase “Financiamiento de tu póliza a través de Inversora Previcrédito” en el anuncio publicitario aprobado -sin tal mención- por la Superintendencia de Seguros, no constituye, por una parte, manifestación alguna de sentimientos de felicitaciones o conmiseración, como tampoco se refiere a aspectos esencialmente internos de la compañía de seguros; por otra, resulta claro de la expresión en referencia que la misma se extiende a especificar una condición, ventaja o característica de la póliza de seguro para vehículos ofrecida por C.N.A. de Seguros La Previsora, no aprobada por el organismo competente por no haberle sido sometida a su autorización previa. Vale señalar que la presentación de dicho anuncio publicitario a dicho organismo daba lugar, además, a que aquél comprobare el ofrecimiento hecho por la actora.

En ese contexto debe destacarse que la recurrente reconoció que al anuncio aprobado “se le incluyó información sobre la posibilidad de financiamiento”, y si bien sostuvo en sede administrativa que la empresa de seguros tiene la potestad de incluir la propaganda autorizada “en cualquier forma de expresión pública, sin que requiera, en cada uso, de nueva aprobación”, lo cierto es que el aspecto agregado no constituye “otra forma de expresar” la publicidad autorizada sino un aspecto -per se- diferente del contenido en esta última. (Resaltado de este fallo).

A lo anterior cabe agregar que la propia parte recurrente afirmó en su recurso de reconsideración que “cualquier actividad de una empresa aseguradora, mediante la cual se lleve al conocimiento del público alguna información sobre un contrato de seguro, o bien, de la situación o bondades de la empresa, bastando la simple mención de pólizas o de empresas, debe entenderse como propaganda de seguros, y en consecuencia sometida al requisito de aprobación previa”.

Asimismo, debe esta Sala dejar sentado que, a más de las afirmaciones hechas por la recurrente, referidas en los párrafos que anteceden, dicha empresa no acreditó en forma alguna que la inclusión de la comentada expresión se haya debido a la acción de un tercero y que, por virtud de ello, se hubiese verificado una circunstancia eximente de su responsabilidad.

Por las razones expuestas, considera la Sala que no erró la Administración recurrida al señalar que la sociedad mercantil C.N.A. de Seguros La Previsora, hizo público un anuncio o propaganda no autorizada por la Superintendencia de Seguros; de allí que, resulte infundado el vicio de falso supuesto alegado por la representación actora. Así se declara.

Siendo ello así, debe esta Sala reiterar las consideraciones expuestas en el análisis referido a la denuncia de falso supuesto, en el sentido que con dicha expresión se especificó una condición, ventaja o característica de la póliza de seguro para vehículos ofrecida por C.N.A. de Seguros La Previso-

ra, alusiva especialmente a su financiamiento, distinta de las mencionadas en el anuncio presentado a la Superintendencia de Seguros; por ende, sí se encontraba sujeta a la autorización de dicho organismo, aprobación ésta que no fue ni requerida ni otorgada.

Por tales motivos, y considerando que el mencionado artículo 73 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en concordancia con los artículos 76 al 78 de su Reglamento, exigen que la publicidad de todo anuncio relacionado con las empresas sometidas al control de la Superintendencia de Seguros, a sus productos, a una póliza o combinación de seguros, sea previamente sometido a la aprobación de aquélla, concluye esta Sala que la conducta analizada por la Administración sí se encuentra legalmente tipificada como infracción y sancionada en los términos del artículo 169 de la referida ley, conforme al cual “La Superintendencia de Seguros, podrá imponer sanciones a las empresas de seguros y de reaseguros que contravengan lo dispuesto en los artículos (...) 73 de esta Ley, o no ejecuten sus decisiones”; consistiendo tales sanciones, entre otras, en “Multa entre quinientos mil bolívares (Bs. 500.000,00) y el equivalente en bolívares a trescientos (300) salarios mínimo urbano de acuerdo con la gravedad de la falta”. Con base en ello, se desestima el alegato de violación de los principios de reserva legal y tipicidad invocados por la parte recurrente. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.00651.

FECHA: 17 de noviembre de 2009.

PARTES: Compucase, C.A., contra “Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A.

.....

TEMA: HURTO, ASALTO O ATRACO (PROCESAL)

Máxima: de conformidad con la Sala de Casación Civil, no pueden ser suplidas las deficiencias en las que pudiera incurrir el formalizante al plantear el recurso de casación y menos aún en casos de infracción de ley, particularmente en los supuestos de casación sobre los hechos, en cuyo caso existe norma expresa en la que se le prohíbe conocer el fondo, salvo que medie la formulación correcta de la respectiva denuncia de fondo.

EXTRACTO:

De conformidad con lo previsto en el ordinal 1° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, el formalizante denuncia la infracción de los artículos 12, 15, 243 ordinal 5° y 244 eiusdem, por cuanto considera que el juez superior incurrió en el vicio de incongruencia negativa, toda vez que éste no se pronunció sobre “...el alegato de robo formulado por la representación judicial de la parte demandante, como coberturas opcionales comprendidas en la póliza”.

Para fundamentar su denuncia, el recurrente argumentó lo siguiente:

“Ciertamente, la recurrida expresa textualmente:

(Omissis)

De todas las coberturas descritas, el Tribunal tomará en cuenta solamente la relativa al “ASALTO O ATRACO” visto que según la versión libelada los hechos acontecidos con ocasión del siniestro sufrido por la demandante encuadran holgadamente en el supuesto de hecho contemplado para el siniestro identificado como asalto, ya que la violencia y amenaza formó parte de los actos delictivos que tuvieron como única finalidad apoderarse de los bienes propiedad de la asegurada.

“De manera que, ciudadanos Magistrados, sin lugar a duda, el alegato del ROBO fue planteado e incorporado al debate judicial por mi representada, tanto en el libelo de la demanda como en el escrito de informes que presentáramos ante la alzada, sea como elemento o parte de las coberturas opcionales comprendidas en la póliza que se contrató con la empresa aseguradora, SEGUROS CARACAS DE LIBERTY MUTUAL. C.A., o como calificación de los hechos que dieron lugar a la reclamación judicial. - Por tanto, era obligación impermitible del juez de la recurrida pronunciarse sobre tal alegato, a fin de dar cumplimiento al principio de exhaustividad de la sentencia”. (Mayúsculas del formalizante).

De la denuncia parcialmente transcrita, se observa que el formalizante delata el vicio de incongruencia negativa por cuanto considera que el juez superior dejó de pronunciarse en relación con alegato relacionado con el robo del cual fue víctima el demandante, pues considera que el mismo juez superior redujo su pronunciamiento “solamente lo relativo al ASALTO O ATRACO visto que según la versión libelada los hechos acontecidos con ocasión del siniestro sufrido por la demandante encuadran holgadamente en el supuesto de hecho contemplado para el siniestro identificado como asalto”.

Para decidir, la Sala observa:

A propósito del requisito de congruencia del fallo consagrado en el artículo 243 ordinal 5° del Código de Procedimiento Civil, resulta fundamental indicar que, la exigencia establecida en éste, presupone que toda sentencia debe contener decisión expresa, positiva y precisa, con arreglo a la pretensión deducida y a las excepciones o defensas opuestas por las partes, en la oportunidad correspondiente.

En tal sentido, es preciso señalar que el supra artículo 243, ordinal 5° debe ser analizado en concordancia con el artículo 12 eiusdem, el cual dispone, entre otras cosas, que el juez debe atenerse a todo lo alegado y probado en autos, de allí, la explicación del principio de exhaustividad.

Como puede observarse, las normas anteriormente citadas constituyen parte de la fundamentación del principio dispositivo que caracteriza al procedimiento civil, en virtud del cual la actividad del sentenciador queda sujeta a los alegatos expuestos tempestivamente por las partes, con el objeto de fijar los límites del tema a decidir.

Ahora bien, resulta oportuno señalar que, la Sala en reiterada jurisprudencia ha definido las modalidades comunes bajo las cuales se puede presentar el vicio de incongruencia, así en la sentencia de fecha 12 de agosto de 2005, caso: Astrid Vera Lahs, contra Carmen Barvuzano Herrera, Exp. N° 2004-000518, dejó sentado lo siguiente:

“Este Alto Tribunal ha establecido en anteriores fallos, entre otros, en sentencia de fecha 15 de julio de 2004, en el juicio de Manuel Cadenas c/ Francisco González, que la sentencia debe ser congruente respecto de la pretensión que constituye el objeto del proceso y las defensas o excepciones que se opongan a ésta. De allí que la congruencia supone que el fallo no contenga más de lo pedido por las partes (ultrapetita), menos de lo pedido por las partes (citra-petita), ni algo distinto de lo pedido por las partes (extrapetita).”.

(Negritas de la Sala).

De la sentencia parcialmente transcrita, se observa que el vicio de incongruencia se presenta ordinariamente en relación con la omisión incongruencia negativa o exceso incongruencia positiva- por parte del juez en su decisión, respecto de los alegatos planteados por las partes en la etapa

respectiva.

En todo caso, la obligación del sentenciador se circunscribe a todo aquello que constituye un alegato o una defensa, a los efectos de honrar el principio de exhaustividad del fallo, y de ningún modo puede quedar atado a un argumento de derecho, en virtud del principio *iura novit curia*.

En el presente caso, el formalizante denuncia el vicio de incongruencia negativa, por cuanto considera que el análisis del robo constituye un alegato de hecho ignorado por el sentenciador en su decisión.

Al respecto, esta Sala considera fundamental referirse al libelo de fecha 7 de enero de 2004, a los fines de revisar los alegatos formulados por el actor. Así, en la demanda éste expresó: “Pero es el caso, que no obstante a que mi representada cumplió con todas las obligaciones posteriores al siniestro, como lo son: 1.- Denunciar el hecho ilícito ante los organismos de seguridad competentes, y 2.- La debida y oportuna notificación a la aseguradora además de estar cubiertos todos los supuestos de hechos acontecidos, es decir, estando asegurados por robo, asalto, o atraco los bienes siniestrados, tal y como consta en el reverso del Cuadro-Recibo-, en los capítulos Coberturas Opcionales y Localidades Amparadas así como también en la CLAUSULA DE ROBO, ASALTO O ATRACO, la cual reza: Seguros CARACAS DE LIBERTY MUTUAL, se niega a indemnizar a mi representada. De lo expuesto se evidencia que la negativa de la aseguradora no tiene fundamento legal, que la obligación de indemnizar a Compucase, C.A. es ineludible, ya que los hechos acontecidos con ocasión del siniestro sufrido por mi representada en ningún caso encuadran en la conducta de hurto, sino que por el contrario, se encuadra holgadamente en el supuesto de hecho contemplado para el siniestro identificado como asalto, ya que la violencia y amenaza formó parte de los actos delictivos que tuvieron como única finalidad apoderarse de los bienes propiedad de la asegurada”

De lo anterior, se observa que lo realmente pretendido por el formalizante es discutir la calificación de los hechos efectuados por el sentenciador de alzada.

Efectivamente, el recurrente argumenta que “el alegato del ROBO fue planteado e incorporado al debate judicial sea como elemento o parte de las coberturas opcionales comprendidas en la póliza que se contrató o como calificación de los hechos que dieron lugar a la reclamación judicial” de allí que considere que “al omitir todo pronunciamiento sobre el alegato de robo como una de las eventuales causas de la obligación-el juez superior- no decidió en forma expresa, positiva y precisa”.

Sobre el particular, cabe señalar que indudablemente el contrato constituye prueba de la existencia de un hecho, verbigracia las obligaciones suscritas por las partes, entre otras, de modo que si la intención del formalizante es discutir cómo apreció el sentenciador tales hechos, estos argumentos comportarían una denuncia de fondo específicamente de casación sobre los hechos, y en ningún caso de una denuncia de forma por incongruencia.

A propósito de lo anterior, es preciso distinguir los supuestos que pueden ser subsumidos en los vicios por defecto de actividad -en este caso como incongruencia- el cual fue explicado anteriormente, de aquellos que sólo pueden ser planteados a través de una denuncia por infracción de ley.

En efecto, la Sala en innumerables decisiones ha destacado la importancia de plantear en el escrito de formalización de manera perfectamente diferenciable los vicios de forma y de fondo, de conformidad con la técnica exigida en casación, conforme lo disponen los artículos 317, 313, y 320 del Código de Procedimiento Civil.

Así, mediante sentencia de fecha 27 de octubre de 2008, caso: Tania Alexandra Molina Quiñónez, contra Promotora Perven 2.235, C.A., entre otras, la Sala estableció lo siguiente:

“El ordinal 1° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, prevé las diversas modalidades en que puede verificarse los defectos de actividad o errores in procedendo que determinan la nulidad del fallo recurrido, el cual comprende los quebrantamientos de formas sustanciales de los actos con menoscabo del derecho de defensa, y el incumplimiento de los requisitos previstos en el artículo 243 *cuiusdem*. Y el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, prevé los errores de juzgamiento que puede cometer el juez al dictar su decisión, sea por errónea interpretación, falsa aplicación, falta de aplicación o violación de una máxima de experiencia. Estos quebrantamientos de ley consisten en: a) error de derecho propiamente dicho, que se verifica en la interpretación y aplicación de las normas sustantivas o adjetivas para resolver el asunto debatido; b) el error de derecho al juzgar los hechos, que comprende la infracción de las normas que regulan: b.1) el establecimiento de los hechos, b.2) la apreciación de los hechos, b.3) el establecimiento de las pruebas, y b.4) la apreciación de las pruebas; y, c) los errores de hecho o de percepción en el juzgamiento de los hechos, que conducen por vía de consecuencia a un error de derecho, que son los tres casos de suposición falsa previstos en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil: c.1) atribuir a un acta o instrumento del expediente menciones que no contiene, c.2) establecer hechos positivos y precisos con pruebas que no existen, y c.3) fijar hechos con pruebas inexactas.

En ambos recursos, el formalizante debe razonar de forma clara y precisa en qué consiste la infracción, esto es, señalar cómo, cuándo y en qué sentido se produjo. Asimismo, debe plantear separada-

mente las denuncias, pues el efecto de la declaratoria de procedencia del recurso es distinta (sic) en uno u otro caso. Pero, en la denuncia por infracción de ley, además de cumplir con lo precedentemente señalado, debe también indicar si la norma fue infringida por errónea, falsa o falta de aplicación, así como demostrar que el error de juicio fue determinante en el dispositivo del fallo.

(Omissis)

“En la decisión de las denuncias de casación por infracción de ley, la Sala no puede examinar otras actas del expediente, salvo los casos de excepción previstos en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil, y el efecto que produce la declaratoria con lugar de este recurso es la casación o nulidad de la sentencia recurrida y su reenvío a otro Juez Superior, salvo los casos de excepción previstos en el artículo 320 del Código de Procedimiento Civil, que autorizan prescindir de éste último”. (Negritas de la Sala). (Negritas de la sentencia, cursivas de la Sala).

De la sentencia parcialmente transcrita, se observa la importancia de realizar una correcta formulación y soporte de las denuncias que se propongan en sede casacional, a los fines de que éstas sean conocidas por la Sala.

Efectivamente, en los casos de denuncia de error de juzgamiento, no puede quedar duda que el planteamiento realizado ante la Sala, se efectúa en ese sentido. Por tanto, para que la Sala descienda a revisar las actas que forman el expediente, requiere que haya sido solicitado por el formalizante al amparo del artículo 313, ordinal 2° eiusdem en concordancia con el artículo 320 del mencionado Código de Procedimiento Civil. Cabe advertir, respecto de esta última, las limitaciones o prohibiciones que impone a la Sala respecto al error de juzgamiento de los hechos, de allí que la misma no puede extenderse al fondo ni examinar o controlar el juzgamiento de

los hechos, salvo que haya sido planteada adecuadamente en los términos allí descritos.

Ahora bien, cabe citar lo decidido por el Juzgado Superior Décimo en lo Civil, Mercantil, y del Tránsito de la Circunscripción Judicial del Área Metropolitana de Caracas, en fecha 14 de enero de 2009, en relación con el pedimento del actor, en cuya oportunidad estableció lo siguiente:

“SÍNTESIS DE LA CONTROVERSIA

Se inició este proceso en virtud de la demanda presentada el 7 de enero de 2004 ante el Juzgado Distribuidor de Primera Instancia en lo Civil, Mercantil y del Tránsito de la Circunscripción Judicial del Área Metropolitana de Caracas por el abogado ALONSO MEDINA ROA en su carácter de apoderado judicial de la sociedad mercantil COMPUCASE C.A., contra la sociedad mercantil SEGUROS CARACAS DE LIBERTY MUTUAL C.A., sustentada en los siguientes fundamentos de hecho:

1.- Que en fecha 7 de mayo de 2002 su representada suscribió con la demandada un contrato de seguro identificado en el respectivo “Cuadro Recibo” como póliza número 46-65-2200164, acompañado marcado “B”; que asimismo acompaña marcado “C” texto de las “Condiciones Generales y Particulares” de la póliza, la cual recoge todas las condiciones y acuerdos que componen el contrato de seguro que amparaba a su cliente en caso de siniestro, indicándose en el primero de dichos recaudos, entre otros particulares, lo relativo a la cobertura, vigencia, localidades amparadas y prima, de modo que se estableció en forma indubitable, además, que el nombre del asegurado era COMPUCASE C.A.; que la vigencia del seguro abarcaba desde el 11-1-2002 hasta el 11-1-2003; que la dirección principal de la propiedad era: Avenida Intercomunal Turmero-Maracay, C/C

Avenida Casanova Godoy, Zona Ind. La Providencia, galpón número 10, Maracay, Aragua. Que además de la cobertura básica, se contrató, entre otras, la cobertura opcional por robo, asalto y atraco.

2.- Que entre las distintas actividades que comprenden el objeto comercial de COMPUCASE C.A. está la importación de computadoras, periféricos, máquinas de escribir, fax, equipos de oficina en general, artefactos eléctricos y electrodomésticos en general, por lo que su mandante llegó a la conclusión de que lo más conveniente para la compañía era contratar la póliza en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (US\$), lo que condujo a sus directivos a contraer una obligación en la referida moneda.

3.- Que el 7 de julio de 2002, maleantes sustrajeron de las instalaciones de COMPUCASE C.A., en la Av. Intercomunal Turmero-Maracay, C/C Avenida Casanova Godoy, Zona Ind. La Providencia, galpón número 10, Maracay, estado Aragua, la mercancía asegurada; que dicho acto antijurídico fue perpetrado en horas de la mañana “cuando el vigilante salió a una bodega cercana fue asaltado por unos individuos que portando armas de fuego lo amenazaron con matarlo si no entregaba las llaves del galpón”; que luego de ser despojado de las llaves fue amarrado y amordazado y además le taparon los ojos con vendas, quedando inutilizado por largo rato y cuando logró desamarrarse corrió al galpón, lo encontró abierto y pudo constatar que habían sustraído un camión y la mercancía que estaba allí depositada, la cual se identifica en inventario anexo marcado “E”, por lo cual procedió a llamar a la policía. Continúa manifestando el apoderado actor, que una vez enterados los representantes de la compañía, se trasladaron al galpón y al comprobar que en efecto habían sido sustraídos los bienes asegurados, denunciaron formalmente el hecho ante el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas, Sección Mariño, estado Ara-

gua, acompañando marcada “C” copia de la denuncia, identificada G-142612.

4.- Que no obstante que su representada cumplió con todas las obligaciones posteriores al siniestro, como lo son: a) denunciar el hecho ante los organismos de seguridad competentes, y b) la debida y oportuna notificación a la aseguradora, SEGUROS CARACAS DE LIBERTY MUTUAL se niega a indemnizar a su representada, alegando que “la decisión obedece a que como ocurrieron los hechos el siniestro no encuadra dentro de las coberturas otorgadas por la póliza sino (sic) en un hurto, conforme a los (sic) dispuesto en el Código Penal artículo 455 ordinal 5, lo cual según la póliza no tiene cobertura”, mencionando que acompaña, marcada “F”, carta fechada el 9 de enero de 2003, en la cual la aseguradora niega la indemnización debida.

5.- Que desde todo punto de vista es inadmisibile el alegato esgrimido por la demandada, ya que no le compete a esa empresa calificar el hecho denunciado, pero que sin embargo era pertinente destacar que la conducta delictiva se inició con el acto violento ejercido en contra del vigilante, culminando ese mismo acto con la apropiación ilícita de los bienes pertenecientes a COMPUCASE C.A., de tal manera que pretender presentar la situación como dos actos distintos, el acto por el cual fueron sustraídos los bienes y el acto por el cual el vigilante fue despojado de la llave del galpón en forma violenta y bajo amenaza de muerte, sería una perversión para el análisis jurídico penal de la conducta de los sujetos activos que perpetraron el delito contra la propiedad, en perjuicio de su representada. Que por otra parte, es irreal y se encuentra fuera de todo contexto lógico y racional entender que los ladrones amenazaron de muerte al vigilante y lo maniataron, con la única intención de robarle una llave, pero que lo que sí es evidente e indiscutible es que la volun-

tad antijurídica de los delincuentes era la de hacerse de la llave por cualquier medio para abrir la puerta del galpón y apropiarse de la mercancía allí depositada.

6.- Que en el propio texto de las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, en la cláusula relativa a la “INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS”, se definió al HURTO en los siguientes términos: “Se refiere al acto de apoderarse ilegalmente de los bienes asegurados, sin intimidación en las personas, sin utilizar medios violentos para entrar o salir del sitio donde se encuentran dichos bienes”; y también se definió al ASALTO O ATRACO, así: “Se refiere al acto de apoderarse ilegalmente de los bienes asegurados, contra la voluntad de el (sic) asegurado, utilizando la violencia o la amenaza de causar graves daños inminentes a la persona, de lo que se evidencia que la negativa de la aseguradora no tiene fundamento legal, que la obligación de indemnizar a COMPUCASE C.A. es ineludible, ya que los hechos acontecidos con ocasión del siniestro sufrido por su representada en ningún caso encuadran en la conducta de hurto, sino que por el contrario, “se encuadra holgadamente en el supuesto de hecho contemplado para el siniestro identificado como asalto’, ya que la violencia y amenaza formó parte de los actos delictivos que tuvieron como única finalidad apoderarse de los bienes propiedad de la asegurada.

Como razones de derecho, invocó lo dispuesto en los artículos 1.159, 1.160 y 1.167 del Código Civil, cuyos textos copia.

(Omissis)

La demandante invoca como razón de pedir el hecho de que celebró con la demandada un contrato de seguro identificado en el respectivo Cuadro Recibo como póliza número 46-65-2200164, con vigencia desde el 11 de enero de 2002 hasta el 11 de enero de 2003, que amparaba, además de la cobertura básica, la cobertura opcional

por robo, asalto y atraco, y que en fecha 7 de julio de 2002 ocurrió, en las condiciones de tiempo, modo y lugar que relata, el siniestro. Como prueba de la veracidad de la relación contractual, acompañó con el libelo el ‘Cuadro Recibo’ en cuestión, formante del folio 10. La compañía aseguradora querellada, lejos de cuestionar la autenticidad de esta probanza la reconoció como tal, e incluso consignó un ejemplar de la misma en la etapa probatoria (folio 87); mientras que al contestar la demanda el apoderado de la demandada JESÚS ENRIQUE PERERA CABRERA aceptó que su representada suscribió con la actora una póliza de seguro denominada Liberty Empresa C.A., distinguida con el número 46-652200164, aunque negó que la misma haya sido suscrita el 7 de mayo de 2002, como erróneamente señala el actor en su libelo, afirmando que la póliza fue emitida por su representada el 11 de enero de 2002 y cancelada el 22 de enero del mismo año.

De lo anterior se evidencia, con palmaria fehaciencia, que las partes litigantes se encontraban vinculadas por la relación contractual alegada en la demanda. Así se deja establecido. -

En cuanto a los términos del contrato de seguro, los mismos están expresados en el tenor del indicado Cuadro Recibo y en el Condicionado General y Particular consignado por la demandante con el libelo marcado “C”, cursante a los folios 26 al 43, reconocido como veraz por la demandada, al punto de reproducirlo en la etapa probatoria (folios 86 al 103).

Del primer instrumento se desprende, entre otras cosas: a) que las localidades amparadas eran: 1.- Av. Intercomunal Turmero-Maracay, C/C Av. Casanova Godoy, Zona Ind. La Providencia, Galpón número 10, Maracay, Aragua; y 2.- Av. Las Delicias, Edif. Galy II, local 2, Maracay, Aragua; b) que las coberturas básicas eran: Incendio, rayo, explosión, impacto de aeronaves u objetos desprendidos de

ésta, agua u otros agentes de extinción, humo, huracán, ventarrón, tempestad, impacto de vehículos. Gastos para: extinción de incendio, demolición, remoción o limpieza de escombros, honorarios de arquitectos, topógrafos e ingenieros, reconstrucción de archivos; c) que las coberturas opcionales aparecen descritas de esta manera: daños al local, terremoto contenido, motín, disturbios laborales y maliciosos, daños por agua, inundación, robo, asalto y atraco, dinero en local en horas laborables, dinero en tránsito, responsabilidad civil general, predios y operaciones, riesgo locativo y responsabilidad civil ante vecinos.

De todas las coberturas descritas, el tribunal tomará en cuenta solamente la relativa a ASALTO O ATRACO, visto que según la versión libelada los hechos acontecidos con ocasión del siniestro sufrido por la demandante encuadran holgadamente en el supuesto de hecho contemplado para el siniestro identificado como asalto, ya que la violencia y amenaza formó parte de los actos delictivos que tuvieron como única finalidad apoderarse de los bienes propiedad de la asegurada. Este riesgo (asalto o atraco) está definido en la cláusula 15 del Condicionado Particular, de la siguiente manera:

ASALTO O ATRACO: se entiende el acto de acometer sorpresivamente al tenedor de los bienes asegurados, haciendo uso de amenazas, o de violencia física, con o sin armas, para apoderarse de dichos bienes.

También se define dicha figura en la CLÁUSULA DE MOTÍN, DISTURBIOS LABORALES Y DAÑOS MALICIOSOS (punto VI, literal g), así:

ASALTO O ATRACO:

Se refiere al acto de apoderarse ilegalmente de los bienes asegurados, contra la voluntad de El Asegurado, utilizando la violencia o la

amenaza de causar graves daños inminentes a la persona”.

La actora estructura su demanda con base en esta última definición, mientras que la empresa aseguradora asume como aplicable la primera”. (Mayúsculas negritas, cursiva y subrayado del Juez Superior).

Como puede observarse del texto antes transcrito, el juez superior hace una construcción de orden intelectual y concluye que los hechos alegados encuadran en la cláusula relativa al “asalto o atraco”, lo cual comporta una calificación jurídica de tales hechos, a los efectos de subsumirlos en la norma contractual que consideró era la aplicable al caso en concreto.

En virtud de los razonamientos anteriores y de los criterios jurisprudenciales que hoy se reiteran, se insiste en que no puede ser suplida por la Sala, las deficiencias en las que pudiera incurrir el formalizante al plantear su correspondiente recurso y menos aún en casos de infracción de ley, particularmente en los supuestos de casación sobre los hechos, en cuyo caso existe norma expresa en la que prohíbe a la Sala conocer el fondo, salvo que medie la formulación correcta de la respectiva denuncia de fondo.

En consecuencia, la Sala desestima la presente denuncia de infracción de los artículos 12, 15, 243, ordinal 5º y 244 del Código de Procedimiento Civil. Así se establece.

.....

2010



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00378.

FECHA: 05 de mayo de 2010.

PARTES: Seguros Carabobo C.A. contra Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas.

.....
TEMA: TERCERO RECLAMANTE EN EL CONTRATO DE SEGUROS (ELUSIÓN, RETARDO O RECHAZO GENÉRICO)

Máxima: el ilícito de elusión se constituye en la omisión de la compañía aseguradora en dar respuesta escrita, contentiva de las razones o motivos que tenga la empresa para considerar un siniestro como no cubierto.

Máxima: las partes esenciales de todo contrato de seguro son el asegurado y la empresa aseguradora, entre las cuales se reparten las cargas, obligaciones y derechos derivados del contrato de seguro. Sin embargo, en los seguros de responsabilidad civil de vehículos los cuales se constituyen en garantías a favor de los terceros, éstos intervienen como consecuencia de daños ocasionados a sus bienes o a sus personas en siniestros en los cuales se halla involucrado el asegurado o titular de la póliza. De manera que, si bien en principio los terceros son ajenos a la relación contractual del seguro, es por efecto de un siniestro en los cuales resultan perjudicados, que entran a formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de beneficiarios, al recibir en ese supuesto la indemnización que proveerá la compañía aseguradora.

Máxima: en principio, los terceros son ajenos a la relación contractual del seguro, es por efecto de un siniestro en los cuales resultan perjudicados que entran a

formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de beneficiarios, al recibir en ese supuesto la indemnización que proveerá la compañía aseguradora.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse sobre el recurso de nulidad incoado contra la Providencia Administrativa N° 2-3-000939 de fecha 11 de abril de 2007, dictada por la Superintendencia de Seguros, en la cual se declaró "...sin lugar el Recurso de Reconsideración interpuesto por la compañía Seguros Carabobo, C.A. contra el acto administrativo contenido en la Providencia N° 1348 de fecha 20 de noviembre de 2006" que sancionó "administrativamente a la empresa SEGUROS CARABOBO, C.A. con multa por la cantidad de VEINTIDÓS MILLONES CIENTO MIL BOLÍVARES (Bs. 22.100.000,00), suma que corresponde a la pena media prevista en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, por encontrarse incurso en el supuesto de elusión, con motivo de la denuncia presentada por el ciudadano ELEYSER NATIVIDAD ZAMBRANO RAPALE".

Por otra parte, denunció la parte accionante que la Administración incurrió en el vicio de falso supuesto "en la interpretación del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, así como en una errada apreciación de la realidad, al asimilar la figura del tercero reclamante a la del asegurado, contratante o beneficiario a que alude la referida norma, y respecto de quienes la aseguradora puede incurrir en los ilícitos administrativos de elusión, retardo o rechazo genérico, ya que los hechos de que el tercero reclamante cuente con acciones en contra de la aseguradora, que pueda recibir directamente el pago de la indemnización o la carga de informar de los hechos a la aseguradora, no lo constituyen en parte del contrato de seguros, aun en los casos de pólizas que sean consideradas como garantía.(Sic)

La Superintendencia de Seguros impuso sanción de multa a la recurrente por la trasgresión del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y

Reaseguros, al haber presuntamente incurrido en el ilícito de elusión prohibido en el texto de la norma mencionada, a saber:

“Artículo 175. Las empresas de seguros que sin causa justificada, a juicio del Superintendente de Seguros, eludan o retarden el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios, serán sancionados de acuerdo con la gravedad de la falta, con multa comprendida entre cien mil bolívares (Bs.100.000,00) y el equivalente en bolívares a quinientos (500) salarios mínimo urbano; sin perjuicio de que le sea suspendida temporalmente la licencia o revocada la autorización para actuar en el ramo donde ocurra la demora.

(...Omissis...)

Parágrafo Segundo. Las empresas de seguros dispondrán de un plazo máximo de treinta (30) días hábiles para pagar los siniestros cubiertos, contados a partir de la fecha en que se haya determinado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos en la póliza para liquidar el siniestro. La Superintendencia de Seguros podrá autorizar, mediante Resolución motivada y por vía de excepción, pactos en contrario al plazo indicado, en los casos de pólizas que por sus particulares características a su juicio así lo requieran.

(...Omissis...)

Parágrafo Cuarto: Las empresas de seguros no podrán rechazar los siniestros con argumentos genéricos estando obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto.

Conforme se desprende de la Providencia Administrativa N°001348 del 20 de noviembre de 2006, la circunstancia que motivó la imposición de la sanción cuya legalidad se discute, fue no haber notificado por escrito al tercero reclamante de las razones de hecho y de derecho que le facultaban para negarse a indemnizar el siniestro en cuestión.

Así pues, el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994, publicada en la Gaceta Oficial N° 4.882 Extraordinario, de fecha 23 de diciembre de 1994, cuya modificación fue publicada en la Gaceta Oficial N° 4.865 Extraordinario, de fecha 08 de marzo de 1995, vigente para el momento en que se verificaron las conductas sancionadas así como también actualmente, en virtud de que la aplicación del Decreto con Fuerza de Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, publicado en la Gaceta Oficial N° 5.561 Extraordinario de fecha 28 de Noviembre de 2001, fue suspendida con efectos erga omnes mediante sentencia de la Sala Constitucional de este Máximo Tribunal N° 1.911 del 13 de agosto de 2002, prevé en su encabezado dos tipos sancionatorios, a saber, la elusión y el retardo en los que sin justa causa incurran las aseguradoras en el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios.

Dicho artículo establece en su párrafo cuarto la obligación de notificar por escrito las negativas de pago y la prohibición para las empresas de seguros de rechazar los siniestros con argumentos genéricos, mientras que, en el párrafo segundo del referido artículo, se determina cuál es el plazo que tienen las aseguradoras para pagar los siniestros cubiertos o en su defecto, notificar la negativa respectiva.

De forma que puede colegirse que el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994, prevé tres tipos sancionatorios distintos, configurados por: 1. La elusión de las obligaciones a cargo de la aseguradora frente a los contratantes, asegurados o beneficiarios, como por ejemplo, la de pagar las coberturas previstas en los contratos de seguros ante la ocurrencia del riesgo previsto, o la de notificar motivadamente su negativa de pago de dichas coberturas; 2. El retardo en el cumplimiento de las referidas obligaciones; y 3. El rechazo de los siniestros reclamados mediante argumentos genéricos.

En cuanto al ilícito de elusión, cuyo examen corresponde al presente caso,

la conducta sancionada en ese supuesto consiste en la omisión de la compañía aseguradora en dar respuesta escrita, contentiva de las razones o motivos que tenga la empresa para considerar un siniestro como no cubierto.

Ahora bien, en el asunto bajo estudio, el ciudadano Eleyser Natividad Zambrano Rapale, antes identificado, presentó escrito ante la Superintendencia de Seguros en fecha 17 de agosto de 2005, en el cual manifestó que el día el 03 de junio de 2005, tuvo un accidente de tránsito en el que resultó involucrado su vehículo, así como el de la ciudadana Yolanda Moreno de Rodríguez, el cual estaba amparado por una Póliza de Responsabilidad Civil de Vehículos contratada con la empresa Seguros Carabobo, C.A. En dicha comunicación, el ciudadano Eleyser Natividad Zambrano Rapale denunció que “después de casi tres meses de haber presentado todos los recaudos exigidos por Seguros Carabobo, hasta el día de ayer no me daban respuesta, llegando a la vulgar irresponsabilidad de tenerme más de un mes esperando por la experticia de auto en el taller donde hoy permanece y nunca fueron a realizarla a pesar de mis llamadas y sus promesas con lo que se demuestra visto los hechos que nunca tuvieron interés de resarcirme los daños causados a mi automóvil por su asegurado”.

En igual sentido, en el presente escrito recursivo la empresa Seguros Carabobo, C.A., alegó que en virtud de ser el denunciante un tercero reclamante que no es parte en la relación contractual del seguro, resultaba imposible emitir carta de rechazo dirigida al solicitante. Denunciando, además, que la Superintendencia de Seguros había incurrido en el vicio de falso supuesto en lo que respecta a la interpretación del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, al asimilar la figura del tercero reclamante a la del asegurado, contratante o beneficiario, ya que la elusión de las obligaciones derivadas del contrato de seguro se refiere exclusivamente a los mencionados sujetos.

Las partes esenciales de todo contrato de seguros son el asegurado y la empresa aseguradora, entre las cuales se reparten las cargas, obligaciones

y derechos derivados del contrato de seguro. Sin embargo, en los seguros de responsabilidad civil de vehículos los cuales se constituyen en garantías a favor de los terceros, éstos intervienen como consecuencia de daños ocasionados a sus bienes o a sus personas en siniestros en los cuales se halla involucrado el asegurado o titular de la póliza. De manera que, si bien en principio los terceros son ajenos a la relación contractual del seguro, es por efecto de un siniestro en los cuales resultan perjudicados, que entran a formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de beneficiarios, al recibir en ese supuesto la indemnización que proveerá la compañía aseguradora.

Así, dentro del marco regulatorio de la actividad aseguradora, mediante la Providencia Administrativa 00960 del 21 de noviembre de 2003, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.829 de fecha 1° de diciembre de 2003, la Superintendencia de Seguros como órgano contralor y regulador, modificó la Póliza de Responsabilidad Civil de Vehículos aprobada con carácter general y uniforme el 21 de agosto de 1998, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 5.254 Extraordinario, ajustándola a las últimas tendencias en materia de seguro y con especial adaptación al Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro y a la Ley de Tránsito y Transporte Terrestre.

En este instrumento reglamentario se incorporó, entre otros aspectos, la figura del tercero para convenir con la empresa de seguros el pago de los daños causados, entendiéndose por el tercero la figura objeto del daño personal o material, por el cual deba responder el asegurado o conductor con motivo de la circulación del vehículo asegurado.

Del mismo modo se contempló la figura del tercero para la notificación del siniestro y en el procedimiento de Declaración Conjunta, para que pudiera acudir a la empresa de seguros a fin de serle evaluados los daños de su vehículo, y así iniciar el procedimiento de determinación de responsabilidad entre las aseguradoras. Tales disposiciones se encuentran contenidas en las cláusulas que a continuación se transcriben:

“PRIMERA: OBJETO DEL SEGURO.

La Empresa de Seguros se compromete a indemnizar al (los) terceros(s), en los términos establecidos en la póliza por los daños a personas o cosas que se le hayan causado y por los cuales deba responder el Asegurado o el Conductor, con motivo de la circulación del vehículo asegurado dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela, de conformidad con la legislación que regule el tránsito y transporte terrestre, pero limitados a la cantidad máximas previstas en esta Póliza por cada accidente”. (Destacado de la Sala)

“NOVENA: NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE.

Al ocurrir cualquier accidente en el que resulten daños a terceros, el Asegurado o el Tercero, según corresponda, deberá en un lapso máximo de quince (15) días hábiles siguientes a partir de la fecha de conocimiento del hecho, salvo por causa extraña no imputable a él:

a) Dar aviso por escrito a la Empresa de Seguros mediante la declaración de Siniestro, acompañada por las actuaciones administrativas de tránsito. En los accidentes donde se produzcan lesiones personales, muertes o donde intervengan vehículos que fueren propiedad de la nación venezolana, para que haya lugar a las indemnizaciones que sean procedentes de acuerdo con esta Póliza, es indispensable entregar a la Empresa de Seguros las actuaciones de las autoridades competentes, donde se deje constancia escrita de las circunstancias en que se produjo el mismo”. (Negrillas de la Sala)

La mencionada cláusula permite tanto al asegurado como al tercero, informar a la empresa aseguradora del siniestro ocurrido dentro del plazo allí establecido, a fin de activar los mecanismos para obtener el resarcimiento correspondiente por los daños causados. En consecuencia, tiene la compañía de seguros, por contrapartida, la obligación de dar oportuna y adecuada respuesta a los solicitantes, entre los cuales se incluye el tercero reclamante.

En igual sentido, la cláusula Décima Segunda establece en lo concerniente a la indemnización lo siguiente:

“DÉCIMA SEGUNDA: INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización derivada de la presente Póliza, procederá:

1. Si el Conductor resultare responsable por efecto del procedimiento de la Declaración Conjunta prevista en la cláusula décima primera de la Póliza.
2. Si la Empresa de Seguros conviniere con el Tercero en el pago de los daños.

(Omissis)

De seguirse el procedimiento de Declaración Conjunta, el Tercero deberá acudir a la Empresa de Seguros para que le sean evaluados los daños de su vehículo y se inicie el procedimiento de determinación de responsabilidad entre las Aseguradoras de acuerdo con el Convenio de Liquidación de Daños entre Aseguradoras (COLIDA). Si el tercero no lograre el resarcimiento del daño por parte de la Empresa de Seguros dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de la consignación de la Declaración Conjunta, podrá exigir la devolución del ejemplar original de la Declaración Conjunta en poder de la Empresa de Seguros, a los fines de intentar las acciones que considere convenientes a sus intereses”.

Asimismo, el Decreto N° 1.535 con Fuerza de Ley de Tránsito y Transporte Terrestre, aplicable *ratione temporis*, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.332 del 26 de noviembre de 2001, establecía en su artículo 132 los derechos de los agraviados en accidentes de tránsito frente al asegurador, en los siguientes términos:

“Artículo 132. Las víctimas de accidentes de tránsito terrestre o sus

herederos, tienen acción directa contra el asegurador dentro de los límites de la suma asegurada por el contrato.

Si hay varios perjudicados y el total de las indemnizaciones debidas por los propietarios excede de la suma asegurada, los derechos de aquellos contra el asegurador se dividirán proporcionalmente hasta la concurrencia de esta suma. No obstante, el asegurador que pruebe haber pagado de buena fe a alguno de los perjudicados una cantidad mayor a la que le correspondía, queda liberado de responsabilidad respecto a los demás perjudicados hasta la concurrencia de la cantidad pagada”.

En consideración a los fundamentos jurídicos antes expuestos, mal puede la empresa aseguradora eximirse de su deber sustentando que el tercero no es parte de la relación contractual del seguro, pues ésta tiene no sólo la obligación de recibir el aviso por escrito del siniestro, sino el de dar respuesta oportuna y, de ser el caso, indemnizar al o los terceros en caso de daños cubiertos por la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil de Vehículos.

Finalmente se advierte, como fue reconocido por la empresa aseguradora, que el tercero reclamante no fue notificado para ponerlo en conocimiento de la improcedencia o procedencia total o parcial de la indemnización por él requerida, siendo evidente que en el presente caso la compañía aseguradora evadió la obligación de respuesta a su cargo, consagrada en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, configurándose así el supuesto de elusión a dicha obligación prevista en esa misma disposición. En consecuencia, se desestima el vicio de falso supuesto de derecho alegado. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00423.

FECHA: 19 de mayo de 2010.

PARTES: Multinacional de Seguros, C.A., contra el Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas.

.....
TEMA: CARTA AVAL Y LA ELUSIÓN

Máxima: las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza, por lo que ante la exigencia de carta aval realizada debía responder su requerimiento oportunamente, informándole la improcedencia de la solicitud por ella realizada.

EXTRACTO:

Revisadas las actas y el expediente administrativo relacionados con el presente caso, observa la Sala lo siguiente:

Solicita la sociedad mercantil Multinacional de Seguros, C.A. que se declare con lugar el recurso de nulidad interpuesto y, en consecuencia, se anule el acto administrativo contenido en la Resolución N° 2.025 de fecha 11 de abril de 2008, emanada del Ministro del Poder Popular para las Finanzas (actualmente Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas) mediante el cual se declaró sin lugar el recurso jerárquico previamente ejercido, y se confirmó, la sanción de multa impuesta a la mencionada aseguradora por la cantidad de veintidós millones cien mil bolívares (Bs.22.100.000,00), actualmente veintidós mil cien bolívares (Bs.22.100,00), por encontrarse presuntamente incurso en el supuesto de elusión previsto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Para fundamentar tal solicitud, la representante de la sociedad mercantil accionante denuncia la existencia de un falso supuesto en el acto administrativo recurrido, por cuanto no existe obligación legal por parte de su representada de indicar por escrito las razones que motivaron la negativa de la carta aval requerida por la ciudadana Luz Marina Baza Barraza, pues de conformidad con la póliza contratada por ésta, los siniestros que se generarán durante la vigencia de la misma, serían indemnizados por reembolso una vez presentados los recaudos pertinentes, más no contemplaba la referida póliza la posibilidad de tramitar cartas avals.

Que consta en autos el cuadro de la póliza, el cual amparaba a la asegurada por concepto de hospitalización, cirugía y maternidad y por una suma de treinta mil bolívars (Bs. 30.000,00), es decir, la cobertura de la póliza era por un monto superior al de la intervención quirúrgica y el tratamiento requerido.

Se evidencia de la póliza de seguro de hospitalización, cirugía y maternidad Multi Salud, cuya copia fotostática cursa en el expediente administrativo a los folios 5 y 6, que, de conformidad con el artículo 9 de dicho contrato de seguros, las indemnizaciones contempladas en el mismo se pagarán previa presentación de las facturas y demás recaudos que certifiquen la ocurrencia del siniestro amparado por la póliza, tal estipulación consta en los términos siguientes:

“9.- Reclamaciones: Las indemnizaciones según la presente Póliza, se pagarán a base de certificaciones médicas, informaciones de instituciones hospitalarias legalmente autorizadas, facturas y documentos originales concernientes a servicios expresamente cubiertos por esta Póliza y dispensados al Asegurado o algún familiar inscrito en esta Póliza. Para obtener la indemnización que pueda proceder según la presente Póliza, el Asegurado deberá formular una reclamación acompañada de los recaudos anteriormente señalados dentro de los quince (15) días siguientes de su egreso de la institución hospitalaria o de haber recibido el servicio, por el

suceso que determina la reclamación, en los formularios usuales de la Compañía. Si no hiciere la reclamación en el lapso indicado, el Asegurado perderá el derecho a la indemnización que le otorga esta Póliza, excepto en caso de fuerza mayor. El asegurado se compromete a suministrar a la Compañía en original, las facturas de comprobante y de pago por los servicios médicos amparados recibidos y la Compañía a su vez, se compromete a reembolsar a la brevedad posible, también mensualmente, los Gastos Cubiertos”.

Ahora bien, el artículo 21 del Decreto N° 1.505 con Fuerza de Ley del contrato de seguros, publicado en la Gaceta Oficial N° 5.553 Extraordinario del 12 de noviembre de 2001, establece que es obligación de las empresas de seguros:

“1. Informar al tomador, mediante la entrega de la póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, cualquier duda que éste le formule”.

A su vez, el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, dispone:

“Artículo 175. Las empresas de seguros que sin causa justificada, a juicio del Superintendente de Seguros, eludan o retarden el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios, serán sancionados de acuerdo con la gravedad de la falta, con multa comprendida entre cien mil bolívares (Bs.100.000,00) y el equivalente en bolívares a quinientos (500) salarios mínimo urbano; sin perjuicio de que le sea suspendida temporalmente la licencia o revocada la autorización para actuar en el ramo donde ocurra la demora.

(...)

Parágrafo Cuarto. Las empresas de seguros no podrán rechazar los siniestros con argumentos genéricos estando obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado, a sus contratantes, asegu-

rados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto”.

En efecto, conforme se desprende de la póliza de seguros, cuya cláusula 9 fue transcrita supra, la compañía recurrente no estaba en la obligación de emitir la carta aval solicitada por la ciudadana Luz Marina Baza Barraza, pues en dicha póliza se había estipulado que la indemnización en ella pactada se pagaría bajo la modalidad de reembolso de los gastos efectuados por el tomador de la póliza.

No obstante, de acuerdo a lo previsto en el artículo 21 del Decreto N° 1.505 con Fuerza de Ley del contrato de seguros, las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza, por lo que ante la exigencia de carta aval realizada por la ciudadana Luz Marina Baza Barraza, la empresa aseguradora debía responder su requerimiento oportunamente, informándole la improcedencia de la solicitud por ella realizada.

En este sentido se observa que la apoderada de la parte actora señala en el libelo que: “nuestra representada informó motivadamente a la asegurada, que no se le iba a otorgar el servicio de Carta Aval en virtud de que no era una obligación para Multinacional de Seguros, C.A. por así indicarlo el condicionado de la póliza contratada. Y así quedó establecido en el transcurso de la averiguación administrativa llevada por la Superintendencia de Seguros”.

Sin embargo, no hay documento alguno en el expediente judicial, así como tampoco en el expediente administrativo, que demuestre la veracidad de la aseveración realizada por la compañía Multinacional de Seguros, C.A.

Ante tal situación, habida cuenta de la obligación de la compañía recurrente de responder las solicitudes y dudas planteadas por las personas amparadas por pólizas de seguros por ella expedidas, y no existiendo en autos prueba del cumplimiento de dicha carga, la Sala debe forzosamente concluir que la recurrente incurrió en el supuesto de elusión previsto

como causal de sanción en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, al eludir sin causa justificada el cumplimiento de su obligación de dar respuesta a la asegurada Luz Marina Baza Barraza. Así se decide.

Así las cosas, la Sala considera inexistente el falso supuesto denunciado por la parte recurrente, pues la Administración no erró al considerar que la compañía Multinacional de Seguros, C.A. estaba incurso en el supuesto de elusión previsto en el artículo 175 eiusdem.

Desestimado el alegato de falso supuesto, esgrimido por la recurrente para enervar la validez del acto administrativo cuestionado, la Sala debe declarar sin lugar el recurso interpuesto. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala de Casación Civil.

SENTENCIA: RC.000190.

FECHA: 26 de mayo de 2010.

PARTES: Clímaco Antonio Marcano contra Seguros La Previsora.

.....

TEMA: FRAUDE PROCESAL Y EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO E INDEMNIZACIÓN POR DAÑOS Y PERJUICIOS

Máxima: se observa que la ad quem hizo referencia a: i) las defensas y excepciones planteadas por la parte demandada, la cual no negó el accidente ocurrido entre el actor y el otro vehículo el día 6 de octubre de 2002 a las 12 horas y 10 minutos de la madrugada; ii) el escrito de contestación a la demanda en la que el demandante para el momento en que ocurrió el accidente de tránsito no sólo estaba en estado de embriaguez sino que

conducía a exceso de velocidad; iii) que el documento mediante el cual pretende que prospere la acción por daños y perjuicios lo que persigue es que cobrarle una suma de dinero que no está incluida en la póliza de seguro objeto de la presente acción por cumplimiento de contrato, lo que hace notorio el fraude procesal y la utilización de tales artificios en su perjuicio y en beneficio del demandante.

EXTRACTO:

El formalizante denuncia que la recurrida adolece del vicio que denomina “indeterminación de la controversia”, por no cumplir con la obligación de hacer una síntesis clara, precisa y lacónica de los términos en que quedó expresada la controversia, infringiendo así lo dispuesto en el ordinal 3° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil.

El fin perseguido por el legislador en la antes citada norma, es imponer al sentenciador el deber de expresar el razonamiento seguido para comprender los hechos discutidos por las partes en el libelo y la contestación, sin transcribir esos actos del proceso, sino tan sólo resumir o sintetizar con sus palabras los hechos que forman parte de la controversia, con el propósito de demostrar que comprendió a cabalidad el asunto sometido a su consideración.

Sobre el vicio de falta de síntesis que delata el formalizante, en sentencia N° RC-0187 de fecha 22 de marzo de 2002, proferida en el juicio de Joao Henríquez de Abreu contra Manuel Fermino de Abreu y otra, la cual fue ratificada en el fallo N° RC-00135 de fecha 3 de abril de 2003, exp. N° 01-131, ambos criterios jurisprudenciales aplicables al caso de autos cuya demanda fue introducida el día 9 de abril de 2003, esta Sala dejó establecido lo siguiente:

“...En reiterada doctrina de la Sala y más aún en acatamiento al artí-

culo 257 de la Constitución, que la redacción del fallo por parte de los jueces no está sometida a un régimen en concreto. Por el contrario, bien pueden utilizar la forma de redactar que estimen más conveniente, aunque obviamente deben cumplir con los requisitos a que se contraen los artículos 243 y 244, entre otros, del Código de Procedimiento Civil.

Acerca del supuesto de hecho contemplado en el ordinal 3° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, la Sala ha expresado que esa norma, producto de la reforma de 1986 exige que el juez en la narrativa del fallo la obligación de hacer una síntesis de las actuaciones llevadas a cabo en el proceso, para que se tenga una idea cabal del mismo. Dicha síntesis debe ser lacónica y precisa, por lo cual el sentenciador no debe transcribir todos los actos del proceso, so pena de nulidad del fallo recurrido, aunque si pudiera hacer cita de ciertas actuaciones al tratar en la motiva un punto en concreto, para así facilitar una mejor comprensión del punto debatido. (Negritas y subrayado de la Sala).

En el caso de autos, la alzada en la narrativa no transcribe actuaciones realizadas por las partes en el proceso, sino comenta el contenido de esas actuaciones, sin extenderse demasiado y de esa relación efectuada se tiene una idea clara de la controversia surgida entre las partes, cual es que se está en presencia de una demanda intentada por el actor por reivindicación de dos (2) bienes sobre los cuales los demandados alegan estar en posesión legítima. La Sala encuentra, por tanto, que la recurrida al relatar las actuaciones del proceso y como el propio formalizante destaca, hace especial énfasis en el contenido del libelo y del escrito de contestación al fondo de la demanda, con lo cual a criterio de esta Suprema Jurisdicción no resultaron infringidos los artículos 243 ordinal 3°, y 244 ambos del Código de Procedimiento Civil, ya que en la sentencia se realizó una síntesis lacónica y precisa de la controversia...". (Resaltado de la Sala).

Y, en sentencia N° 29, de fecha 16 de febrero de 2001, caso: Inversiones Bayahibe, C.A., contra Franklin Durán, expediente N° 99- 564, sobre el precitado vicio de falta de síntesis, esta Sala dejó establecido lo siguiente:

“...Ha sido criterio reiterado de esta Sala de Casación Civil que el vicio de falta de síntesis en la decisión se comete cuando el juez obvia indicar, con sus palabras, cómo quedó trabada la controversia, de conformidad con lo alegado por las partes; por lo que si el juez da cumplimiento a tal requerimiento a pesar de transcribir todos los actos del proceso, no se puede casar el fallo recurrido de conformidad con tal denuncia por falta de síntesis.

Aunque, es de advertir que, el legislador al consagrar tal norma precisamente busca facilitar el trabajo del decisor y evitar que se realicen largas transcripciones de todo lo actuado, de lo cual no era posible deducir si el sentenciador había o no entendido el problema sometido a su consideración...” (Negrillas de la Sala).

En ese sentido, dada la naturaleza de la denuncia, la Sala pudo constatar que si bien es cierto que la jueza de alzada se extendió en la narrativa de su fallo exponiendo -en el capítulo primero- los alegatos de la parte demandante, los recaudos consignados junto al libelo de demanda, las actuaciones realizadas en la alzada, las efectuadas ante esta sede de casación pero, en el capítulo segundo, que titula “Argumentos de la decisión”, se observa que la ad quem dejó establecido lo que de seguida se transcribe:

“...El eje central del presente recurso lo constituye la apelación ejercida por los apoderados judiciales de ambas partes respectivamente, en fecha (sic) 26 y 27 de Noviembre de 2007, lo cual consta en diligencias suscritas por ante el Tribunal de la causa, inserta (sic) a los folios 273 y 274 de la primera pieza, contra la sentencia de fecha 31 de Octubre (sic) de 2007, que declaró PARCIALMENTE CON LUGAR la demanda por CUMPLIMIENTO DE CONTRATO DE SEGURO E INDEMNIZACION POR DAÑOS Y PERJUICIOS, intentada por el ciudadano CLIMACO ANTONIO (sic) contra SEGUROS LA

PREVISORA, C.A.; condenando a la empresa accionada al pago de la cantidad de ONCE MILLONES DE BOLIVARES (Bs. 11.000.000,00) por concepto de la indemnización por pérdida total del vehículo asegurado de las características siguientes: Marca: Chevrolet, Color: Rojo, Serial de Carrocería No. C1T6WSV309453, Placas: GAC54M, Modelo: Blazer, Año: 1995, convenida en la Póliza No. 611004170, de fecha 12 de Junio del 2.002, que forma parte de la Póliza de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres celebrada por el demandante. Asimismo condena a dicha empresa demandada, a la corrección monetaria de la suma de dinero, cuyo pago se ordenó por concepto de indemnización por pérdida total del vehículo asegurado, calculada en el período que media entre el 09 de Abril (sic) del (sic) 2.003, fecha de presentación de la demanda hasta la fecha en que quede definitivamente firma (sic) la sentencia, con base al promedio ponderado anual de las tasas pasivas bancarias pagadas en colocaciones a plazos fijos por los SEIS (6) bancos comerciales del país con mayor volumen de depósitos por operaciones de crédito a plazo no mayores de noventa (90) días calendarios, ello determinado por experticia complementaria del fallo que se ordena de conformidad con lo establecido en el artículo 249 del Código de Procedimiento Civil; dicha decisión se encuentra inserta del folio 234 al 262 de la primera pieza.

Efectivamente la parte actora en su escrito que encabeza este expediente, presentado en fecha 09 de Abril (sic) de 2003, por ante el Juzgado a-quo, demanda el cumplimiento y ejecución del contrato de seguro e indemnización de daños y perjuicios, contra la compañía de seguros la PREVISORA C.A., por cuanto ha incumplido del (sic) contrato por ellos celebrado, las condiciones contractuales establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Automóvil (Casco), dicha póliza de seguro de casco de vehículos terrestre, está signado con el No. 61104170, de ramo automóvil individual, hasta por un monto de ONCE MILLONES DE BOLIVARES (Bs. 11.000.000,00), cuya cobertura sobre el vehículo, Marca: Chevrolet, Color: Rojo, Serial de Carrocería No. C1T6WSV309453,

Placas: GAC54M, Año:1.995, Modelo: Blazer, Año: 1995; abarca: Automóvil O.V.: Muerte, invalidez, gastos médicos; PreviaMigo; Automóvil RCV: Daños a cosas, daños a personas, exceso de límite, defensa personal; Automóvil casco: Pérdida parcial, pérdida total, pérdida parcial motín, pérdida total motín, radio reproductor, todo ello por las sumas aseguradas que se describen pormenorizadamente en el libelo de demanda, las cuales se dan aquí por reproducidas para evitar tediosas repeticiones inútiles y desgaste de la función jurisdiccional. Alega como los hechos que fundamentan su demanda, que en fecha 06 de Octubre (sic) del (sic) 2.002, aproximadamente a las 12:10 a.m., se desplazaba en el vehículo ya identificado por la calle constitución, ubicada en el parcelamiento El Roble con la Avenida Guayana en sentido hacia el semáforo del Roble, cuando se disponía a cruzar el semáforo con luz verde, fue impactado violentamente por el lado izquierdo en la parte trasera de su vehículo provocando que el mismo girara y se volteara aporatosamente. Que el levantamiento del siniestro lo efectuó el Instructor MIGUEL VELIZ, Cabo Segundo, placas 5050, perteneciente al Cuerpo Técnico de Vigilancia de Tránsito Terrestre del Ministerio de Infraestructura, Dirección de Vigilancia, con sede en San Félix. Que el actor cumplió todas y cada una de las obligaciones contenidas en la cláusula seis de la cobertura de pérdida total, referidos a: 1) Tomar las providencias necesarias y oportunas para evitar que sobrevengan pérdidas ulteriores. 2) Dar aviso a la Compañía dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. 3) Suministrar a la Compañía dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, un informe escrito sobre las circunstancias del siniestro. Es así, que, a pesar de haber cumplido oportunamente con los recaudos exigidos por la compañía Aseguradora, no ha recibido el mismo tratamiento, pues la empresa Aseguradora ha pretendido eludir la obligación de cancelar el siniestro, (...sic...) “dilatando” el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato de cobertura de pérdida total solamente, en su cláusula No. 8, toda vez que desde la fecha en que declaró el siniestro, consignando la documentación requerida

por la demandada, no ha sido cancelado el mismo, ni ha rechazado oficialmente la indemnización pedida, a pesar de dirigirse a la sede de la empresa de Seguros en Puerto Ordaz. Que no ha recibido respuesta alguna y sólo se limitan a entregarle las llaves del vehículo para ser retirado del taller, y se niegan a informarle si lo van a indemnizar o no, siendo que la cláusula novena establece: “LA COMPAÑÍA está obligada a pagar indemnización por pérdida total o rechazar la reclamación, según sea el caso, en un plazo que no podrá exceder de sesenta días continuos, contados a partir de la fecha de aviso del siniestro, incluido en dicho plazo el requerido por el artículo 1.865 del Código Civil”. Arguye también que la compañía aseguradora en fecha 31 de Octubre (sic) del (sic) 2.002, informó que el siniestro ocurrido había sido declarado pérdida total y le solicitó los recaudos a consignar para proceder a cancelar el siniestro en referencia. En fecha, 19 de Noviembre (sic) del (sic) 2.002, el actor efectuó el último pago para cancelar la póliza, sin embargo después de cuatro (4) meses del siniestro. En fecha 21 de Febrero (sic) del (sic) 2.003, recibió otra comunicación donde la aseguradora manifiesta que la póliza suscrita fue declarada nula a partir del día 06 de Octubre (sic) del (sic) 2.002, con base a “estrictas razones de orden técnico”, la póliza era nula sin efecto alguno, lo cual significa que desde el mismo día domingo en que ocurrió el siniestro, la compañía aseguradora decide declarar nula la póliza, después de haber transcurridos más de cuatro (4) meses del siniestro. Que todo lo expuesto, demuestra que la aseguradora actuó de mala fe, y no tiene argumentos de hecho y de derecho que sustente su negativa de asumir la obligación contraída. Que en fecha, 27 de Marzo (sic) del (sic) 2.003, el actor recibió un cheque por la cantidad de UN MILLON (sic) DOSCIENTOS ONCE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE BOLIVARES (sic) CON SESENTA Y CINCO CENTIMOS (sic) (Bs. 1.211.239,65), por concepto de devolución de prima, el cual le fue devuelto por no estar el demandante conforme; con ello la empresa demandada pretende desprenderse de la obligación contraída de cancelar el siniestro señalado por la póliza suscrita

por las partes. Que los daños y perjuicios causados derivan, por cuanto el ciudadano CLIMACO MARCANO (sic), celebró un contrato de opción de compraventa con el ciudadano JOSE (sic) GREGORIO MUÑOZ MEJIAS, para adquirir un vehículo Marca: Dodge, Modelo: BT2H61 T-2500 DODGE PICKUP; Color: Rojo radiante; Año: 1.998; Placas: 98NFAE; Clase: Camioneta; Tipo: dic-up (sic); Uso: Carga; Serial del motor: 8CIL; Serial de Carrocería: 3B7HC-26Z9WM273181. En las cláusulas tercera y cuarta del contrato se estableció como condición que en un lapso no mayor de cuarenta (40) días debía entregar la suma de SEIS MILLONES DE BOLIVARES (sic), y todo ello dependía de la manifestación de la compañía SEGUROS LA PREVISORA sobre el pago o rechazo del siniestro que se estaba allí ventilando, para proceder a la compra real del vehículo. El daño ha sido ocasionado sólo por el hecho de que la empresa de seguros no informó a tiempo del pago o rechazo del siniestro, pues el actor cuando celebró la opción a compra entregó al ciudadano JOSE (sic) GREGORIO MUÑOZ MEJIAS, la cantidad de SEIS MILLONES DE BOLIVARES (sic), para asegurar el compromiso de compra, pero como la aseguradora no informó sobre su responsabilidad al demandante, éste no pudo manifestarle a tiempo al ciudadano JOSE (sic) GREGORIO MUÑOZ MEJIAS sobre la factibilidad de la compra del vehículo y el propietario del vehículo ejecutó la cláusula quinta del contrato que se acompaña y perdió SEIS MILLONES DE BOLIVARES (sic) (Bs. 6.000.000,00). Es por tales hechos que el ciudadano CLIMACO ANTONIO MARCANO demanda a la empresa SEGUROS LA PREVISORA C.A., para que convenga en cumplir con los términos del contrato de póliza de seguro, suscrito por ambos, o sea condenada a pagar por el Tribunal los siguientes conceptos:

- La cantidad de ONCE MILLONES DE BOLIVARES (Bs. 11.000.000,00), como indemnización por la pérdida total del vehículo amparado por la póliza y certificado antes señalados.
- La suma de SEIS MILLONES DE BOLIVARES (Bs. 6.000.000,00) que constituye el valor del LUCRO EMERGENTE o daño en su patrimonio sufrido por el actor, por el incumplimiento contractual de

la aseguradora demandada, conforme está discriminada la producción de los daños y perjuicios.

- Las costas y costos procesales

- La corrección monetaria o la indexación de las sumas demandadas, a través de experticia complementaria hasta que efectivamente la demandada cumpla con las obligaciones reclamadas.

Por su parte la empresa SEGUROS LA PREVISORA C.A., parte demandada, representada judicialmente por el abogado EDUARDO BAEZ (sic) INFANTE, en fecha 29 de Marzo del 2003, presenta escrito de contestación de la demanda, por ante el Tribunal de la causa inserto del folio 138 al 140 de la primera pieza, mediante el cual expone que niega y contradice en todas y en cada una de sus partes la presente demanda. Que no niega el accidente de tránsito ocurrido en fecha 06 de Octubre (sic) del año 2.002, a las doce horas y diez minutos de la madrugada, entre los vehículos propiedad de CLIMACO ANTONIO MARCANO, identificado con placa: GAC54M, y demás características referidas ut supra, las cuales se dan aquí por reproducidas, y el vehículo propiedad de TONY CAR'S GUAYANA, conducido por el ciudadano BADUA ANTONIO ROUHANA, cuyas características son las siguientes: Marca: Chevrolet; Color: Azul; Serial de Carrocería: 1G1bn53e8nw140857; Modelo: Caprice classic; Año: 1.992; Placa: XWE986; en la calle constitución, ubicada en el parcelamiento El Roble con la avenida Guayana, en el semáforo que distribuye el tránsito automotor en tal intersección. Asimismo rechaza, niega y contradice que el accidente en referencia haya sido un accidente simple y sin lesionados, pues consta en ACTA policial expedido por el Cuerpo Técnico de Vigilancia y Transporte Terrestre, Unidad Especial No. 1, Región Guayana, Estado Bolívar, Investigaciones Penales, de fecha 06 de Octubre del 2.002, siendo aproximadamente a las “12: 10 de la madrugada”, donde el funcionario actuante que levantó dicha acta policial expresa: “...Cumpliendo ordenes (sic) del oficial de guardia me trasladé en la Unidad Grúa a la “Av” Guayana c/c “Av” Moreno de Mendoza San Félix, de donde

informaron sobre un accidente de tránsito, al llegar pude constatar que se tratara de un choque y volcamiento simple, grafiqué el área y la posición final de los vehículos, el cual fue firmado conforme por los conductores, luego los identifique y les elaboré las boletas de citación con fecha 08/10/2002, a las 02:00 pm...”. Que de las actuaciones de tránsito aparece el Reporte de Accidente elaborado por el Ministerio de Infraestructura, Dirección de Vigilancia, Cuerpo Técnico de Tránsito y Transporte Terrestre, donde se evidencia que los controles de tránsito existentes, se aprecia que el accidente ocurrió en una intersección de vías. Esgrime que el conductor CLIMACO MARCANO fue interrogado por el funcionario del Ministerio de Infraestructura, Servicio Autónomo de Transporte y Tránsito Terrestre, de la siguiente manera: ¿A que velocidad se desplazaba? Respondió: “Como a 30 kilómetros por hora”. Que el actor no mencionó las condiciones generales de póliza, prevista en la cláusula No. 6 que establece “No será procedente el pago de ninguna indemnización en los siguientes casos: “... g) cuando el conductor del vehículo identificado en este seguro se encontrare en el momento del accidente en estado de embriaguez o bajo influencia de drogas...”. Que de acuerdo al artículo 129 de la Ley de Tránsito y Transporte Terrestre, establece que el conductor es responsable de un accidente de tránsito cuando al ocurrir éste, el conductor se encuentre bajo los efectos de bebidas alcohólicas de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, o conduzca a exceso de velocidad. Que CLIMACO MARCANO, conductor y propietario del vehículo placa GAC54M, conducía a exceso de velocidad, pues en las intersecciones no se puede conducir a una velocidad mayor a los 15 kilómetros por hora, y consta que confesó el actor ante la autoridad de tránsito que levantaron el accidente que iba conduciendo a una velocidad de 30 kilómetros por hora, lo que duplica la velocidad legal. Que en cuanto a la influencia alcohólica se reservan demostrar que para el momento del accidente, conducía bajo esa influencia, y de allí el rechazo del siniestro de CLIMACO ANTONIO MARCANO, conductor y propietario del vehículo aquí cuestionado,

que conducía a exceso de velocidad, violentando el artículo 129 de la Ley de Tránsito Terrestre. Que es cierto que existe un contrato de seguro que generó la póliza No. 6110044170, según contrato No. 16384, entre el demandante CLIMACO ANTONIO MARCANO y la empresa demandada, el cual contemplaba una póliza de seguro de casco de vehículo terrestre, para cubrir cobertura de pérdida total solamente, dicha póliza cubre para el supuesto negado de que la empresa aseguradora sea condenada, hasta un monto de ONCE MILLONES DE BOLIVARES (Bs. 11.000.000,00), para cubrir el monto de la pérdida total del vehículo del demandante. Que es absurdo e ilegal que el demandante, haya elaborado un documento de opción a compra venta con el ciudadano JOSE (sic) GREGORIO MUÑOZ MEJIAS, por la compra de un vehículo que a decir de la representación judicial de la parte demandada está asegurado, tal como se desprende al folio 140 de la segunda pieza, y hace el cuestionamiento del señalamiento del actor sobre la cláusula tercera y cuarta, donde se estableció como condición un lapso no mayor de “cuarenta (60)” y que todo ello dependía de la manifestación de la compañía de SEGUROS LA PREVISORA, sobre el pago o rechazo del siniestro que se está ventilando ante dicha empresa, para proceder a la compra del vehículo propiedad del ciudadano JOSE (sic) GREGORIO MUÑOZ MEJIAS. Que impugna tal opción de compra venta, por exagerado y estar fuera de los términos de la póliza de seguros, pues sólo abarcaría hasta la cantidad a título de cobertura de pérdida total solamente por la cantidad de ONCE MILLONES DE BOLIVARES (sic) (Bs. 11.000.000,00); por lo que mal podría la empresa aseguradora cancelar la cantidad que el demandante reclama como daños y perjuicios causados. Que es notorio el fraude procesal y la utilización de artificios para querer cobrar una suma que no está cubierta por la póliza en referencia. Que de haberse dado la cobertura de ese monto demandado como daños y perjuicios en forma impretermisible tenía que estar reflejado en el cuadro de la póliza, y que para poderlo demandar no tenían que haberlo utilizado en la demanda por cumplimiento de contrato que no lo

cubre. Que tenía que utilizar otra vía, lo cual no utilizaron, y de haber ello estado cubierto, tenía el actor que pagar una prima de seguros superior a la que amparaba solamente el casco del vehículo u otros rubros, pero no por daños y perjuicios. Que a todo evento la empresa accionada se atiene a la suma asegurada. Que los contratos de seguros están sometidos a un monto asegurado y por ello se paga una prima de seguros previamente establecida por la Superintendencia de Seguros, es por ello que rechaza e impugna que la empresa aseguradora deba pagar por conceptos referente a indexación y costas procesales, pues sólo responderán para el caso supuesto hasta la cantidad asegurada.

(...Omissis...)

Es así que este Tribunal, en sintonía con lo expuesto y a los efectos de establecer la procedencia de los pedimentos formulados por el actor en su libelo de demanda, en torno a su acción de cumplimiento y ejecución del contrato de seguro e indemnización de daños y perjuicios, ello en contraposición a las defensas y excepciones opuesta (sic) por la representación judicial en su escrito de contestación a la demanda, pasa a examinar a continuación las ‘pruebas aportadas al proceso...’ (Resaltado del texto).

De la transcripción precedente se observa, que la jueza de alzada sí se refiere en la sentencia hoy impugnada a que el actor demanda a la empresa aseguradora por cumplimiento del contrato de póliza de seguro e indemnización por daños y perjuicios, que éste alega que cuando se disponía a cruzar el semáforo con luz verde fue impactado violentamente por el lado izquierdo en la parte trasera de su vehículo provocando que el mismo girara y se volcara aparatosamente, que el demandante afirma haber cumplido con todas las obligaciones contenidas en la cláusula seis de la cobertura de pérdida total, que también alegó haber recibido una comunicación de la compañía aseguradora donde le manifestaron que la póliza había sido declarada nula desde la fecha del siniestro que pretende reclamar, por “estrictas razones de orden técnico”, después de haber transcurrido 4 meses del siniestro, y que los daños y perjuicios que pretende le pague la deman-

dada devienen de que había entregado la cantidad de Bs. 6.000.000,00 como adelanto por la compra de un vehículo, obligación ésta que no pudo cumplir dentro del tiempo que había estipulado con el vendedor, por no haber tenido respuesta oportuna de la empresa demandada.

Asimismo, se observa que la ad quem también hace referencia a las defensas y excepciones planteadas por la parte demandada, la cual no negó el accidente ocurrido entre el actor y el otro vehículo el día 6 de octubre de 2002 a las 12 horas y 10 minutos de la madrugada, sostuvo en el escrito de contestación a la demanda que el demandante para el momento en que ocurrió el accidente de tránsito no sólo estaba en estado de embriaguez sino que conducía a exceso de velocidad, y que el documento mediante el cual pretende que prospere la acción por daños y perjuicios lo que persigue es que cobrarle una suma de dinero que no está incluida en la póliza de seguro objeto de la presente acción por cumplimiento de contrato, lo que hace notorio el fraude procesal y la utilización de tales artificios en su perjuicio y en beneficio del demandante.

Siendo así, queda claro que lo expresado por la jueza de alzada permite conocer que ésta entendió el problema que fue sometido por las partes litigantes a su consideración con el propósito de que lo resolviera, lo que pone de relieve la improcedencia de la presente denuncia pues el fin que se persigue con el ordinal 3° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil fue alcanzado o logrado en la presente causa.

En consecuencia, con base en las razones expuestas, la Sala desecha por improcedente la denuncia de infracción de lo dispuesto en el ordinal 3° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil. Así se declara.

.....
**TEMA: TEORÍA DE LA CAUSALIDAD ADECUADA PARA
LA DETERMINACIÓN DE LOS DAÑOS CUBIERTOS EN
EL CONTRATO DE SEGUROS, ES ADMISIBLE SALVO
DISPOSICIÓN LEGAL EN CONTRARIO**

Máxima: a los efectos de determinar si un siniestro está cubierto o no, es necesario conocer como se causó y tal distinción debe hacerse a través de un examen a posteriori de las circunstancias, para determinar cuáles son las condiciones que permiten prever la eventualidad del daño. Esta es la teoría de la causalidad adecuada.

EXTRACTO:

Con fundamento en el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, se denuncia en la recurrida la infracción de los artículos 12, 15 y 506 eiusdem, 1.354 y 1.397 del Código Civil y 129 de la Ley de Tránsito Terrestre vigente para el momento del accidente, todos por falta de aplicación, pues la alzada no se atuvo a lo alegado y probado en autos, violando las reglas de distribución de las cargas probatorias, con apoyo en la siguiente fundamentación

“...DESARROLLO: Expresa la recurrida que en el libelo de la demanda, EL DEMANDANTE afirma que en fecha 06 de Octubre (sic) del año 2002, cuando eran aproximadamente las 12:10 a.m., se desplazaba en su vehículo ya identificado, por la calle constitución (sic), ubicada en el parcelamiento el (sic) Roble, con avenida Guayana, en sentido hacia el semáforo El Roble, cuando se disponía a cruzar el semáforo ya con luz verde, fue impactado violentamente por el lado izquierdo en la parte trasera, provocando que el mismo girara y se volteara aparatosamente.

Asimismo, también expresa la recurrida que en la contestación a la demanda LA PREVISORA alegó que EL DEMANDANTE conducía a exceso de velocidad al haber confesado ante las autoridades de tránsito desplazarse a 30 kilómetros por hora, contraviniendo lo preceptuado en el artículo 254 del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre vigente para la oportunidad de ocurrencia del siniestro, que impone un límite máximo de 15 kilómetros por hora.

Establecida la controversia sobre este punto, tocaba a LA PREVISORA la prueba del exceso de velocidad invocado, para lo cual hizo valer, como lo reconoce y admite la recurrida, la propia confesión de EL DEMANDANTE hecha ante las autoridades de tránsito, luego incorporada a los autos con los documentos contentivos de las actuaciones levantadas por dichas autoridades. Claramente afirma la recurrida que “...es cierto lo alegado por la parte demandada, que el ciudadano CLIMACO MARCANO declaró ante el funcionario de tránsito que se desplazaba a la velocidad de 30 kilómetros por hora, siendo que lo permitido es 15 kilómetros por hora, por tratarse de una intersección...”. Cumplida esta tarea probatoria por LA PREVISORA, ésta tenía a su favor la presunción del artículo 129 de la Ley de Tránsito, al probar el hecho conocido, a saber, el exceso de velocidad, en el que se hace descansar la presunción de responsabilidad del conductor.

Luego, tocaba a EL DEMANDANTE desvirtuar dicha presunción. Sin embargo, esta tarea probatoria no fue cumplida. Y así lo dejó constatar el Tribunal en la sentencia recurrida, pese a que arriba a una conclusión completamente absurda, al señalar lo siguiente:

“...En atención a la señalada tesis, en análisis a lo esgrimido por la representación judicial de la parte demandada, en cuanto a que el ciudadano CLIMACO MARCANO conducía su vehículo asegurado por la empresa accionada, a una velocidad de 30 kilómetros por hora, para el momento en que ocurrió el accidente de tránsito aquí cuestionado, siendo que de acuerdo a las previsiones del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre en su artículo 254, por encontrarse el conductor en una intersección en zonas urbanas, no podía desplazarse más de 15 kilómetros por horas, esta Alzada destaca que aun en consideración de este hecho planteado por el apoderado judicial de la empresa aseguradora, no se encuentra demostrado en juicio que ello haya constituido la CAUSA de la ocurrencia del accidente de tránsito, lo cual elimina la relación de causalidad que debe establecerse entre el hecho del agente y el daño, porque si bien es cierto lo alegado por la parte demandada, que el ciudadano

CLIMACO MARCANO declaró ante el funcionario de tránsito que se desplazaba a la velocidad de 30 kilómetros por hora, siendo que lo permitido es 15 kilómetro por hora, por tratarse de una intersección; se observa que al folio 40 de las actuaciones que conforman el expediente levantado por el Cuerpo Técnico de Vigilancia de Tránsito Terrestre, Unidad Especial No. 01 Región Guayana, Edo. Bolívar, Departamento de Investigación de Accidentes Comando, con motivo del accidente con daños materiales, cursante del folio 35 al 44 de la primera pieza, la cual ya fue apreciada y valorada ut supra; el referido ciudadano CLIMACO MARCANO expuso lo siguiente:

“Me dirigía por la calle Constitución del Roble con la Avenida Guayana en el sentido de el (sic) Parcelamiento el Roble, hacia el semáforo el Roble, cuando cruza, el semáforo en verde, no sé qué pasó todo fue rápido, un vehículo (sic) caprisse (sic), se comió la luz del semáforo y me impacto (sic) por el lado izquierdo haciéndome (sic) girar y voltear la camioneta”.

Tal declaración no fue impugnada en juicio, ni fue negada por el ciudadano BADUA ANTONIO ROUHANA, el otro conductor involucrado en el accidente, quien sólo se limitó a declarar al folio 41 de la primera pieza lo siguiente:

“Yo circulaba a la altura del cruce Moreno de Mendoza cuando cruzaba el semáforo una camioneta Bleizer impacto (sic) con mi vehículo y volcándose posteriormente”.

De lo anterior se infiere, que el hecho de desplazarse el actor a 30 kilómetros por hora, no constituye la causa del accidente, pues de acuerdo a la señal de tránsito que invoca en su testimonio, como lo es la luz verde para el paso automotor por el canal en que conducía, le correspondía el transitar dicho cruce, y es por la inobservancia del otro conductor de las luces del semáforo, que acontece el accidente de tránsito, y ante tal circunstancia, el argumento que aquí se analiza, opuesto por la parte demandada en contra del actor, no puede prosperar, por cuanto, claramente se infiere de lo antes esbozado, que el hecho de que el ciudadano CLIMACO MAR-

CANO se desplazaba para el momento del accidente de tránsito a 30 kilómetros por hora, no fue lo que ocasionó tal accidente, sino que el mismo tiene lugar, como consecuencia de que el otro conductor involucrado en el accidente de tránsito, ciudadano BADUA ANTONIO ROUHANA, no observó las señales de tránsito, cuando se desplazaba en la vía en que aconteció el tantas veces referido accidente, y aunque el actor haya observado los 15 kilómetros por hora, igual hubiere ocurrido el accidente por la conducta del otro conductor, y así se establece...”. (Resaltado del texto).

Como puede apreciarse, no hubo prueba alguna de que el accidente fuera responsabilidad del tercero. Lo único que existe en autos sobre este supuesto es la simple declaración de EL DEMANDANTE ante las autoridades de tránsito, quien refiere que el otro conductor se comió la luz del semáforo y lo impactó, lo que no es ni puede ser prueba alguna oponible a LA PREVISORA, ya que se trata de un simple dicho por EL DEMANDANTE, no alegado por cierto en la demanda. No es posible, por tanto, verificar, por un lado, si lo afirmado por EL DEMANDANTE en el libelo, en el sentido que fue impactado por el otro conductor cuando se disponía a cruzar el semáforo con luz verde, y por el otro, si lo declarado ante las autoridades de tránsito, en el sentido de que cuando cruzó el semáforo en verde el otro vehículo se comió la luz y lo impactó, se corresponden con la realidad, lo cual evidencia que no desvirtuó la presunción que en su contra contemplara el artículo 129 de la Ley de Tránsito Terrestre.

Honorables magistrados (sic), esta situación, en manos de un juez imparcial, le hubiese llevado a la conclusión de que no había lugar a la demanda por cumplimiento de contrato, simple y llanamente porque EL DEMANDANTE no trajo a los autos la prueba que le permitiera desvirtuar la presunción a que se contrae el referido artículo 129 de la Ley de Tránsito Terrestre. Sin embargo, no ocurrió así. So pretexto de que LA PREVISORA no impugnó la declaración de EL DEMANDANTE rendida ante las autoridades de tránsito cuando su carga se limitaba simplemente a probar, para ser favorecido

por la presunción del artículo 129 ejusdem, el exceso de velocidad bajo el cual conducía EL DEMANDANTE como efectivamente quedó acreditado con la confesión extrajudicial de éste- y el tercero no negó tal declaración -como si éste tuviera carga alguna en el proceso y como si hubiese aceptado responsabilidad del accidente- la sentencia recurrida suple los alegatos y la carencia probatoria de EL DEMANDANTE y llega a la conclusión de que la causa de la ocurrencia del accidente fue la inobservancia del otro conductor de las luces del semáforo y no el exceso de velocidad a la que aquél conducía, de 30 kilómetros por hora.

La falta es grave. De haberse contenido el juez en los límites de su oficio, jamás habría llegado a la conclusión según la cual la causa de la ocurrencia del accidente fue la inobservancia del otro conductor de las luces del semáforo y no el exceso de velocidad a la que EL DEMANDANTE conducía, de 30 kilómetros por hora. Contrariamente, establecida la falta de pruebas por parte de EL DEMANDANTE que desvirtuara la presunción establecida en su contra en el referido artículo 129 de la ley de Tránsito, habida cuenta de haber acreditado LA PREVISORA el exceso de velocidad como el hecho conocido en el que se hace descansar dicha presunción, la conclusión hubiese sido la desestimación de la demanda.

Cierto, el juzgador era presa, pero, se salta alegremente su Aplicación (sic), de los artículos 12, 15 y 506 del Código de Procedimiento Civil, 1.354 y 1.397 del Código Civil y 129 de la Ley de Tránsito Terrestre vigente para el momento del accidente, que imponen el lastre a cada parte de demostrar los hechos en los que hacen descansar su pretensión o su defensa, teniendo la parte a quien la ley favorece con una presunción la carga de probar el hecho conocido, así como aquél contra quien obra la presunción (sic) la carga de la prueba en contrario.

Es incuestionable que la violación de fondo denunciada resultó determinante del dispositivo del fallo, porque de no haber arribado el juzgador a la conclusión según cual la causa de la ocurrencia del

accidente fue la inobservancia del otro conductor de las luces del semáforo y no el exceso de velocidad a la que EL DEMANDANTE conducía, de 30 kilómetros por hora, la pretensión de cumplimiento de contrato no podía prosperar.

(...Omissis...)

Finalmente, a los fines de dar cumplimiento al requisito de técnica de formalización previsto en el Ordinal (sic) 4° del Artículo (sic) 317 del Código de Procedimiento Civil, expresamente señalo que las normas jurídicas que el Tribunal debió aplicar y no aplicó en su sentencia, son precisamente las contenidas en los artículos denunciados aquí por falta de aplicación y ello por el conjunto de argumentos expuestos a lo largo del presente capítulo de formalización...”. (Resaltados del texto).

Para decidir, la Sala observa:

El formalizante delata la infracción en la recurrida de los artículos 12, 15 y 506 del Código de Procedimiento Civil, 1.354 y 1.397 del Código Civil y 129 de la Ley de Tránsito y Transporte Terrestre, todos por falta de aplicación, sobre la base de la violación de las reglas de distribución de las cargas probatorias y no haberse atendido a lo alegado y probado en autos. En el presente caso la Sala observa, que el formalizante de una manera confusa y contraria a la forma en que deben plantearse las infracciones ante esta sede de casación, en esta denuncia incurre en el error de mezclar argumentos propios de una denuncia por defecto de actividad con los de una delación por infracción de ley, al afirmar que la ad quem suplió los alegatos y la carencia probatoria del demandante, lo que en todo caso- in- ficionaría de incongruencia positiva el fallo recurrido.

Asimismo, la Sala advierte que el formalizante denuncia como infringidos por falta de aplicación los artículos 12 y 15 del Código de Procedimiento Civil, cuando la infracción de dichas normas necesariamente debe plantearse en el decurso de un recurso de casación por defecto de actividad y no por infracción de ley, como desacertadamente se hizo, además de que

en los argumentos que sustentan esta denuncia no se menciona que se le haya violado el derecho a la defensa de la parte demandada.

Ante la manera inadecuada en que ha sido formulada la presente denuncia, la Sala reitera lo establecido en su sentencia N° RNYC-00706 de fecha 27 de noviembre de 2009, caso: Elizabeth Caridad Tamayo Velásquez contra la empresa Brepal Sociedad Anónima y otros, exp. N° 09-125, en la que dejó sentado los criterios jurisprudenciales que de seguida se transcriben:

“...considera pertinente traer a colación lo expresado por la Sala Constitucional en su sentencia N° 1789, caso: Luz Elena Vegas Mosquera, dictada el 5 de octubre de 2007, exp. N° 06-030, respecto al derecho a una tutela judicial efectiva, a saber:

“...Ha sostenido esta Sala con respecto al derecho a la tutela judicial efectiva, establecido en el artículo 26 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que se trata de una garantía jurisdiccional que “(...) encuentra su razón de ser en que la justicia es, y debe ser, tal como lo consagran los artículos 2 y 3 eiusdem, uno de los valores fundamentales presente en todos los aspectos de la vida social, por lo cual debe impregnar todo el ordenamiento jurídico y constituir uno de los objetivos de la actividad del Estado, en garantía de la paz social. Es así como el Estado asume la administración de justicia, esto es, la solución de los conflictos que puedan surgir entre los administrados o con la Administración misma, para lo que se compromete a organizarse de tal manera que los mínimos imperativos de la justicia sean garantizados y que el acceso a los órganos de administración de justicia establecidos por el Estado, en cumplimiento de su objeto, sea expedito para los administrados”.

Además, ha expresado que:

“El derecho a la tutela judicial efectiva, de amplísimo contenido, comprende el derecho a ser oído por los órganos de administración de justicia establecidos por el Estado, es decir, no sólo el derecho de acceso sino también el derecho a que, cumplidos los requisitos

establecidos en las leyes adjetivas, los órganos judiciales conozcan el fondo de las pretensiones de los particulares y, mediante una decisión dictada en derecho, determinen el contenido y la extensión del derecho deducido, de allí que la vigente Constitución señale que no se sacrificará la justicia por la omisión de formalidades no esenciales y que el proceso constituye un instrumento fundamental para la realización de la justicia (artículo 257). En un Estado social de derecho y de justicia (artículo 2 de la vigente Constitución), donde se garantiza una justicia expedita, sin dilaciones indebidas y sin formalismos o reposiciones inútiles (artículo 26 *eiusdem*), la interpretación de las instituciones procesales debe ser amplia, tratando que si bien el proceso sea una garantía para que las partes puedan ejercer su derecho de defensa, no por ello se convierta en una traba que impida lograr las garantías que el artículo 26 constitucional instaure”. (Resaltado de este fallo). (Vide. sentencia N° 708 del 10 de mayo 2001, caso: Juan Adolfo Guevara y otros) ...”.

De igual modo, esta Sala de Casación Civil en su sentencia N° RC-00089, de fecha 12 de abril de 2005, dictada en el juicio seguido por Mario Castillejo Muelas contra Juan Morales Fuentealba, exp. N° 03-671, dejó establecido que:

“...el constituyente de 1999 acorde con las tendencias de otros países consagró el derecho a una justicia, accesible, imparcial, oportuna, autónoma e independiente, y estos aspectos integran la definición de la tutela judicial efectiva por parte de la Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), cuyo artículo 8 dispone que el derecho de acceso a los órganos de justicia consiste en “...la determinación de sus derechos y obligaciones de orden civil, laboral, fiscal o de cualquier otro carácter...”. Es decir, la tutela judicial efectiva comprende, no sólo el acceso a una vía judicial idónea para la resolución de los conflictos surgidos entre los ciudadanos a través de la aplicación objetiva del derecho mediante una sentencia justa, sino también la garantía de que gozan las partes para ejercer oportunamente los medios recursivos contra las providencias jurisdiccionales, a fin de que puedan ser revisadas

en un segundo grado de la jurisdicción...”. (Negrillas y subrayado de la Sala).

Consecuente con las jurisprudencias antes transcritas, no obstante la forma inadecuada en que se formuló la presente denuncia ante esta sede de casación, en aras de salvaguardar el derecho a la obtención de una tutela judicial efectiva, como lo garantiza el Estado en el artículo 26 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Sala procede a analizar la presente delación, en los términos que siguen”. (Subrayado de la Sala).

Con fundamento en las jurisprudencias antes transcritas, tanto de la Sala Constitucional como de esta Sala, en aras de salvaguardar el derecho a la obtención de una tutela judicial efectiva, como lo garantiza el Estado en el artículo 26 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, la Sala procede a analizar la presente delación, en los términos que siguen: Las otras normas jurídicas denunciadas como infringidas, por falta de aplicación, son del tenor siguiente:

Código de Procedimiento Civil.

Artículo 506: “Las partes tienen la carga de probar sus respectivas afirmaciones de hecho. Quien pide la ejecución de una obligación debe probarla, y quien pretenda que ha sido libertado de ella, debe por su parte probar el pago o el hecho extintivo de la obligación.

Los hechos notorios no son objeto de prueba”.

Código Civil.

Artículo 1.354: “Quien pida la ejecución de una obligación debe probarla y quien pretenda que ha sido libertado de ella debe, por su parte, probar el pago o el hecho que ha producido la extinción de su obligación”.

Artículo 1.397: “La presunción legal dispensa de toda prueba a quien la tiene en su favor”.

La infracción de los artículos 1.354 y 1.397 del Código Civil y 129 de la Ley de Tránsito y Transporte Terrestre, está sustentada en que en la recurrida no se tomó en cuenta que el actor no trajo a los autos alguna prueba que desvirtuara la presunción legal contemplada en el último de los artículos citados.

Se refiere el formalizante a la presunción legal contenida en el artículo 129 de la Ley de Tránsito y Transporte Terrestre, publicada en la Gaceta Oficial N° 37.332 del día 26 de noviembre de 2001, la cual resulta aplicable al caso concreto por haberse introducido la demanda en fecha 9 de abril de 2003, el cual es del tenor siguiente:

“Se presume, salvo prueba en contrario, que el conductor es responsable de un accidente de tránsito cuando al ocurrir éste, el conductor se encuentre bajo los efectos de bebidas alcohólicas, de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, o conduzca a exceso de velocidad...”. (Resaltado de la Sala).

En el caso concreto, se observa que la jueza de alzada que actuó en re- envío tenía que resolver si los hechos alegados por el actor y la empresa demandada tanto en el libelo de la demanda como en el escrito de su contestación, respectivamente, habían quedado demostrados en el desarrollo del presente juicio, puesto que, por una parte, el asegurado sostuvo que había cruzado la vía cuando el semáforo de El Roble estaba en verde y, por el otro, la compañía aseguradora demandada se excepcionó alegando que para el momento de la ocurrencia del accidente de tránsito el demandante conducía a exceso de velocidad y en estado de embriaguez.

Sobre el particular, en la recurrida se resolvió lo siguiente:

“...Analizado como ha sido el material probatorio que obran en autos, se obtiene en relación a los hechos controvertidos, que el actor CLIMACO ANTONIO MARCANO, con ocasión al accidente de

tránsito, ocurrido en fecha 06 de octubre de 2.002, en el cruce hacia el semáforo El Roble, en donde resultó involucrado el vehículo de su propiedad, con placa No. GAC54M, efectuó los trámites respectivos, ante la compañía aseguradora, consignando los recaudos exigidos, dando cumplimiento a la cláusula 6 de la Cobertura de Pérdida Total Solamente de la Póliza, en el tiempo oportuno, lo cual no fue negado, ni impugnado por la parte accionada en su escrito de contestación de la demanda, quien sólo se limitó a rechazar, negar y contradecir de manera genérica la demanda aquí incoada, en consecuencia por no constituir lo antes indicado, un hecho controvertido en juicio, queda establecido que ciertamente el ciudadano CLIMACO ANTONIO MARCANO cumplió las exigencias de la empresa aseguradora en el caso de la Cobertura de Pérdida Total solamente, y así se decide.

Asimismo, la parte actora demostró que la empresa aseguradora actuó de mala fe, cuando aduce que ésta, luego de haberle comunicado en fecha 31 de Octubre del 2.002, que había sido declarado pérdida total, requiriéndole los recaudos a consignar para proceder a cancelar el siniestro en referencia, y después que el actor efectuara el pago para cancelar la póliza en fecha 19 de Noviembre del 2.002, transcurrido cuatro (4) meses, desde esa fecha, el 21 de Febrero del 2.003, la empresa aseguradora le comunica que la póliza suscrita con el demandante fue declarada nula a partir del día 06 de Octubre del 2.002, por “estrictas razones técnicas”. Tal fecha es la misma en que ocurrió el accidente de tránsito aquí cuestionado, todo lo cual no fue negado de manera concreta, ni impugnado por la representación judicial de la empresa SEGUROS LA PREVISORA C.A., por lo que debe concluirse que la actora logró desvirtuar la presunción legal de buena fe establecida en el artículo 789 del Código Civil, en contra de la parte demandada, y así se establece.

Ahora bien, ante la pretensión del actor CLIMACO ANTONIO MARCANO de cumplimiento del contrato de seguro en contra de SEGUROS LA PREVISORA, la defensa de la empresa accionada se limita prácticamente en excepcionarse, en primer lugar, señalando que

para el momento del accidente el actor ciudadano CLIMACO ANTONIO MARCANO conducía a exceso de velocidad, pues declaró ante el funcionario de tránsito terrestre, que conducía a 30 kilómetros, según se desprende de las actuaciones que conforman el expediente de tránsito, específicamente al folio 40 de la primera pieza, lo cual a decir de la parte demandada va en contravención al artículo 254 del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre vigente para el momento de la ocurrencia del hecho, por cuanto prevé que cuando en las vías no estén indicadas las velocidades, el máximo será en la zonas urbanas de 15 kilómetros por hora en intersecciones. Ante este alegato esta Juzgadora citando la más versada doctrina patria sobre la materia como son los autores Manuel Acedo Mendoza y Carlos Eduardo Acedo Sucre, (1.999), en su texto “Temas Sobre Derecho de Seguros. Págs. 246 y ss.”, apuntan, que a los efectos de determinar si un siniestro está cubierto o no, es necesario conocer cómo se causó, y así observar si el mismo está comprendido dentro de la cobertura prevista en la póliza o dentro de alguna exclusión, y si el siniestro se produjo o no dentro del período de vigencia del contrato de seguro. Se deben distinguir los daños cubiertos, por estar directamente relacionados con los hechos objetos del seguro, de aquellos daños demasiado alejados, respecto de los cuales no existe una relación causa-efecto. (Subrayado de la Sala).

En torno a este aspecto, se han desarrollado diferentes teorías con la finalidad de explicar la causalidad, es así que a los efectos de no abundar sobre las diferentes tesis que afrontan el problema de la causalidad, esta Juzgadora, hace una síntesis de lo esbozado por los aludidos autores, ciñéndose específicamente a la tesis acogida en Venezuela, como lo es la concepción restrictiva, referido a que únicamente un hecho que en circunstancias normales es susceptible de producir un daño, debe ser considerado la causa de éste. Hay entonces que distinguir, entre los antecedentes del perjuicio, los hechos ocasionales, anodinos, que no tuvieron ningún papel preponderante, de los hechos que eran potencialmente dañinos, que fueron, en realidad, los que determinaron la realización del perjuicio.

cio. Esta distinción debe hacerse a través de un examen a posteriori de las circunstancias, para determinar cuáles son las condiciones que permiten prever la eventualidad del daño. Esta es la teoría de la causalidad adecuada.

Esta teoría “se basa en un procedimiento de abstracción lógica, por el cual se acoge como causa para todos los efectos aquella que resultó insoslayable para la producción del evento y de una manera tal que resulta idónea para motivarla por sí sola”. Por otra parte, se ha afirmado que la “Teoría de la *Conditio sine qua non*” “más que una teoría es una confesión de la imposibilidad de formular ninguna. Parte de que todas las causas fueron equivalentes y necesarias. De cada una de ellas podríamos decir: esta es una causa sin la cual no hubiera acontecido nada”. Un grupo de autores venezolanos ha reformulado la *conditio sine qua non*, de manera que resalta la teoría de la culpa sobre la teoría de la causalidad. Estos autores han visto, en la equivalencia de condiciones, un criterio que permite escoger, entre todos los antecedentes del daño, únicamente los que son culposos; teniendo dichos antecedentes culposos idéntica eficacia causal. Según esta tendencia doctrinal, la equivalencia de condiciones permite considerar como causales a todas las faltas y solamente a las faltas- por igual. Este punto de vista deja sin respuesta el asunto de la causalidad en los casos en que no hay culpa de nadie en particular. Ahora bien, desde el momento en que no se toman en cuenta sino los antecedentes culposos, se está en presencia de un criterio restrictivo, similar a la causalidad adecuada. Son partidarios de esta noción restringida de la *conditio sine qua non*: Maduro, Eloy: *Curso de obligaciones*, Caracas, 1.967, pp. 167 y 168; Melich Orsini, José: *Estudios de Derecho Civil*, Caracas, 1.975, pp. 207 y 208; Carnevali de Camacho, Magali: *Análisis Legislativo, Doctrinario y Jurisprudencial de la Responsabilidad Civil Extracontractual por Hecho Ilícito*, Caracas, 1.982, pp. 84 y 85; Palacios, Oscar: *Apuntes de Obligaciones*, Caracas, 1.960, p. 90.

En materia de seguros, aluden los referidos autores, nuestra Casación en sentencia 18 de noviembre de 1.992 (Pierre Tapia: *Jurispru-*

dencia de la Corte Suprema de Justicia, año 1.992, tomo 11, p. 154) acogió la teoría según la cual se tomará como causa aquélla de la cual tendrá que venir, según las reglas normales de experiencia, la pérdida en cuestión; o sea, que razonablemente se podía esperar el efecto. Tal criterio no es más que una formulación de la teoría de la causalidad adecuada.

En atención a la señalada tesis, en análisis a lo esgrimido por la representación judicial de la parte demandada, en cuanto a que el ciudadano CLIMACO MARCANO conducía su vehículo asegurado por la empresa accionada, a una velocidad de 30 kilómetros por hora, para el momento en que ocurrió el accidente de tránsito aquí cuestionado, siendo que de acuerdo a las previsiones del Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre en su artículo 254, por encontrarse el conductor en una intersección en zonas urbanas, no podía desplazarse más de 15 kilómetros por horas, esta Alzada destaca que aun en consideración de este hecho planteado por el apoderado judicial de la empresa aseguradora, no se encuentra demostrado en juicio que ello haya constituido la CAUSA de la ocurrencia del accidente de tránsito, lo cual elimina la relación de causalidad que debe establecerse entre el hecho del agente y el daño, porque si bien es cierto lo alegado por la parte demandada, que el ciudadano CLIMACO MARCANO declaró ante el funcionario de tránsito que se desplazaba a la velocidad de 30 kilómetros por hora, siendo que lo permitido es 15 kilómetro por hora, por tratarse de una intersección; se observa que al folio 40 de las actuaciones que conforman el expediente levantado por el Cuerpo Técnico de Vigilancia de Tránsito Terrestre, Unidad Especial No. 01 Región Guayana, Edo. Bolívar, Departamento de Investigación de Accidentes Comando, con motivo del accidente con daños materiales, cursante del folio 35 al 44 de la primera pieza, la cual ya fue apreciada y valorada ut supra; el referido ciudadano CLIMACO MARCANO expuso lo siguiente: (Subrayado de la Sala).

“Me dirigía por la calle Constitución del Roble con la Avenida Guayana en el sentido de el Parcelamiento el Roble, hacia el semáforo

el Roble, cuando cruzo, el semáforo en verde, no sé qué pasó todo fue rápido, un vehículo (sic) caprisse, se comió la luz del semáforo y me impacto por el lado izquierdo haciendome girar y voltear la camioneta”.

Tal declaración no fue impugnada en juicio, ni fue negada por el ciudadano BADUA ANTONIO ROUHANA, el otro conductor involucrado en el accidente, quien sólo se limitó a declarar al folio 41 de la primera pieza lo siguiente:

“Yo, circulaba a la altura del cruce Moreno de Mendoza cuando cruzaba el semáforo una camioneta Bleizer impacto con mi vehículo y volcándose posteriormente.

De lo anterior se infiere, que el hecho de desplazarse el actor a 30 kilómetros por hora, no constituye la causa del accidente, pues de acuerdo a la señal de tránsito que invoca en su testimonio, como lo es la luz verde para el paso automotor por el canal en que conducía, le correspondía el (sic) transitar dicho cruce, y es por la inobservancia del otro conductor de las luces del semáforo, que acontece el accidente de tránsito, y ante tal circunstancia, el argumento que aquí se analiza, opuesta por la parte demandada en contra del actor, no puede prosperar, por cuanto, claramente se infiere de lo antes esbozado, que el hecho de que el ciudadano CLIMACO MARCANO se desplazaba para el momento del accidente de tránsito a 30 kilómetros por hora, no fue lo que ocasionó tal accidente, sino que el mismo tiene lugar, como consecuencia de que otro conductor involucrado en el accidente de tránsito, ciudadano BADUA ANTONIO ROUHANA, no observó las señales de tránsito, cuando se desplazaba en la vía en que aconteció el tantas veces referido accidente, y aunque el actor haya observado los 15 kilómetros por hora, igual hubiere ocurrido el accidente por la conducta el otro conductor, y así se establece.

Pero no queda aquí el dilucidar el planteamiento formulado por las partes en el juicio, pues la parte demandada en segundo lugar, se excepciona, argumentando que el ciudadano CLIMACO MAR-

CANO, se encontraba en estado embriaguez, para el momento del accidente, por lo que aduce que no procede el pago de ninguna indemnización de conformidad con la cláusula No 6 del Seguro Responsabilidad Civil por Accidente de Tránsito en Exceso los Montos Cubiertos por la Póliza de Responsabilidad Civil de Automóvil, ante tal defensa, esta Juzgadora arguye del análisis ya expuesto ut supra, de las pruebas aportadas por las partes, que no fue demostrado por la representación judicial de la empresa accionada, que el actor se encontraba embriagado para el momento del accidente de tránsito que aquí se dirime, por lo que siendo ello así no procede esta eximente de responsabilidad a favor de la empresa aseguradora, y así se establece.

En conclusión de los razonamientos antes esbozado, esta Alzada resalta, que la parte actora mediante las probanzas traída (sic) a juicio sustentó su pretensión en contra de la empresa aseguradora, en cuanto al reclamo de la suma de ONCE MILLONES DE BOLIVARES (Bs. 11.000.000,00), por concepto de indemnización por la pérdida total del vehículo amparado por la póliza suscrita por las partes del juicio; lo cual no pudo ser desvirtuado por la representación judicial de SEGUROS LA PREVISORA C.A.- No así procede el reclamo formulado por la parte demandante en su libelo de demanda, en cuanto a la suma de SEIS MILLONES DE BOLIVARES (Bs. 6.000.000,00), por concepto de Lucro Emergente, por los fundamentos jurídicos ampliamente señalados en el análisis de las pruebas aportadas por la parte actora para sustentar tal pedimento, y así se decide...”. (Resaltados del texto).

De la transcripción que antecede se infiere, con meridiana claridad, que la jueza de reenvío no aplicó lo dispuesto en el artículo 129 de la Ley de Tránsito y Transporte Terrestre que contiene la presunción legal de que, salvo prueba en contrario, el conductor es responsable del accidente de tránsito cuando al ocurrir el accidente éste conduzca a exceso de velocidad.

Ahora bien, la Sala observa que el actor acompañó al libelo de la demanda copia simple de las actuaciones administrativas habidas ante el Cuerpo Técnico de Vigilancia de Tránsito Terrestre, Unidad Especial N° 1, Región Guayana. Estado Bolívar, el cual constituye un documento público administrativo, sobre los cuales esta Sala en sentencia N° RC-00557 de fecha 6 de julio de 2004, caso: Pedro Cárdenas Zamudio contra Seguros La Seguridad, C.A., exp. N° 03-189, dejó establecido el siguiente criterio jurisprudencial:

“...De la secuencia procesal expuesta por el Juez de Alzada. Sobre el particular de los documentos públicos administrativos y las actuaciones de tránsito, la Sala de Casación Civil, en un caso muy similar, señaló lo siguiente:

“...De conformidad con el ordinal 2° del artículo 313 del Código de Procedimiento Civil, en concordancia con el 320 del mismo Código, el formalizante denuncia la infracción por falta de aplicación, del artículo 435 eiusdem.

Señala el formalizante que el Juez de alzada infringió la referida regla de establecimiento de pruebas, pues apreció la copia certificada del croquis del accidente que dio lugar al proceso, a pesar de ser una prueba ineficaz, por haber sido extemporáneamente promovida por la parte actora junto con su escrito de informes presentados ante el a-quo.

Aduce, que las actuaciones administrativas de tránsito no constituyen documentos públicos conforme al artículo 1.357 del Código Civil, pues no son emanadas de un funcionario que labora para la Administración Pública, ni se trata del instrumento fundamental de la demanda según sentencia de la Sala que transcribe, y, en consecuencia, no podía producirse en todo tiempo, hasta los últimos informes, sino en el lapso probatorio respectivo.

Señala, que la referida infracción fue determinante en el dispositivo de la sentencia, por cuanto ese medio de prueba valorado plenamente por el

Juez de alzada constituyó el fundamento para que se desecharan todas las declaraciones testimoniales rendidas en el juicio, que fueron promovidas por la parte demandada reconviniendo, toda vez que consideró que las referidas declaraciones no coinciden con las evidencias tomadas del sitio del accidente por las autoridades administrativas de tránsito...”.

Para decidir, la Sala observa:

“...Si bien el formalizante alegó la infracción del artículo 435 del Código de Procedimiento Civil por falta de aplicación, en vez de alegar su falsa aplicación, ello no determina a priori la desestimación de la denuncia, pues los argumentos que la sustentan se dirigen a evidenciar la existencia de este último supuesto, lo cual permite comprender el error de derecho en el juzgamiento de los hechos por el que se pretende obtener la nulidad del fallo de alzada.

Al respecto, ha sido criterio pacífico y reiterado de la Sala, que las actuaciones administrativas levantadas por las Inspectorías de Vehículos, con ocasión de un accidente de tránsito, tienen valor probatorio en el juicio respectivo, y aun cuando dichas actuaciones hacen fe en todo cuanto se refiere a lo que el funcionario declara haber efectuado o percibido por sus sentidos, o practicado como perito, la prueba que se deriva de tales instrumentos no es absoluta o plena, porque el interesado puede impugnarla, y en consecuencia, desvirtuar en el proceso, mediante la utilización de las pruebas legales que estime pertinentes, la verdad de los hechos o circunstancias que el funcionario de tránsito hubiere hecho constar en su acta, croquis o en el avalúo de los daños. (Sentencia de fecha 20 de octubre de 1988 caso: Autobuses Servicios Interurbanos Ruta Centro Oriental C.A. (Autosirco) contra Enrique Remes Zaragoza y otra).

De igual forma, la Sala ha dejado establecido en sus decisiones que las mencionadas actuaciones administrativas, a pesar de no encajar en rigor en la definición que del documento público da el artículo 1.357 del Código Civil, tiene de todos modos el mismo efecto pro-

batorio de los documentos públicos, en razón de que emanan de funcionarios públicos que cumplen atribuciones que les ha conferido la Ley de Tránsito Terrestre y contienen, por tanto, una presunción de certeza que el interesado en lo contrario debe desvirtuar en el proceso judicial. (Sentencia de fecha 26 de abril de 1990, caso: Antonio José Paracare contra Colectivos Je-Ron C.A.).

En el caso bajo examen, tiene razón el formalizante cuando afirma que las actuaciones administrativas de tránsito no pueden ser consideradas como documentos públicos conforme al artículo 1.357 del Código Civil, pues el mismo está referido al documento público negocial, es decir, aquel documento contentivo de negocios jurídicos de los particulares, que ha sido formado por un funcionario competente actuando en ejercicio de sus funciones, y no a los documentos públicos administrativos como son las actuaciones administrativas de tránsito.

Los documentos públicos administrativos son aquellos realizados por un funcionario competente actuando en el ejercicio de sus funciones, pero que no se refiere a negocios jurídicos de los particulares, sino que tratan de actuaciones de los referidos funcionarios que versan, bien sobre manifestaciones de voluntad del órgano administrativo que la suscribe, conformando la extensa gama de los actos constitutivos (concesiones, autorizaciones, habilitaciones, admisiones, suspensiones, sanciones, etc), o bien constituyen manifestaciones de certeza jurídica que son las declaraciones de ciencia y conocimiento, que a su vez, conforman la amplia gama de los actos declarativos (certificaciones, verificaciones, registros, etc.), y que por tener la firma de un funcionario administrativo están dotados de una presunción desvirtuable de veracidad y legitimidad de su contenido, en razón del principio de ejecutividad y ejecutoriedad que le atribuye el artículo 8 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, y por tanto deben considerarse ciertos hasta prueba en contrario.

Además, las referidas actuaciones de tránsito no encajan en rigor

en la definición de documento público, porque precisamente, es posible desvirtuar su certeza por otra prueba pertinente e idónea, y no sólo a través de la tacha de falsedad o de la simulación, como ocurre con los documentos públicos negociales.

Así, la Sala observa que el artículo 435 del Código de Procedimiento Civil, que regula los instrumentos públicos que pueden producirse en todo tiempo hasta los últimos informes, se refiere al documento público negocial y no a los documentos públicos administrativos, pues de lo contrario, se crearía una desigualdad extrema para la contraparte del promovente del documento público administrativo, producido luego de precluido el lapso probatorio ordinario.

En efecto, al contener el documento público administrativo una presunción de certeza desvirtuable por cualquier prueba en contrario, si el mismo es consignado en cualquier tiempo y no en el lapso probatorio, en caso de ser impugnado, el Juez estaría obligado a abrir una articulación probatoria, a fin de que la contraparte del promovente pueda desvirtuar la presunción de veracidad mediante la producción de la prueba en contrario; articulación que tiene lapsos más reducidos que los ordinarios concedidos por la Ley. Desde luego que tal problema no se presenta en el caso del documento público negocial, pues ellos sólo pueden ser destruidos por tacha o a través de la acción de simulación...”. (Resaltado de la Sala).

Siendo así, y habido que en el presente caso el documento público administrativo traído a los autos por el actor no fue impugnado por la parte demandada, la jueza de reenvío debió tener como fidedignas ambas declaraciones dadas por el demandante respecto a: 1) que éste cruzó la intersección de vías cuando el semáforo estaba en luz verde y 2) que iba a una velocidad de 30 kilómetros por hora.

La propia declaración del demandante sobre la velocidad que llevaba al momento en que cruzó la intersección de vías en el semáforo El Roble, encaja en las denominadas presunciones legales contempladas en el artículo 1.359 del Código Civil, las cuales dispensan de toda prueba a quienes

las tengan a su favor, vale decir, en el caso concreto, la empresa Seguros La Previsora, C.A., que se excepcionó en la contestación de la demanda alegando que el conductor asegurado conducía a exceso de velocidad.

De lo antes expuesto se infiere que, efectivamente, como lo hace valer el formalizante, en la recurrida se infringieron los artículos 1.354 y 1.359 del Código Civil y 129 de la Ley de Tránsito Terrestre, los cuales fueron transcritos precedentemente, por no haber sido aplicados para resolver el asunto sometido a la consideración de la jueza de reenvío que profirió la decisión hoy impugnada.

En cuanto a la delación por falta de aplicación del artículo 506 del Código de Procedimiento Civil, la Sala observa que no existe tal infracción, pues, la jueza ad quem no le impuso la carga de impugnar las actuaciones administrativas al tercero que no es parte en este juicio (el otro conductor involucrado en el accidente), sino que expresó que éste no había negado las declaraciones dadas por el actor asegurado y le impuso la carga de impugnar tales actuaciones administrativas a la empresa demandada, tal como se evidencia de la propia recurrida, a saber:

“... si bien es cierto lo alegado por la parte demandada, que el ciudadano CLIMACO MARCANO declaró ante el funcionario de tránsito que se desplazaba a la velocidad de 30 kilómetros por hora, siendo que lo permitido es 15 kilómetro por hora, por tratarse de una intersección; se observa que al folio 40 de las actuaciones que conforman el expediente levantado por el Cuerpo Técnico de Vigilancia de Tránsito Terrestre, Unidad Especial No. 01 Región Guayana, Edo. Bolívar, Departamento de Investigación de Accidentes Comando, con motivo del accidente con daños materiales, cursante del folio 35 al 44 de la primera pieza, la cual ya fue apreciada y valorada ut supra; el referido ciudadano CLIMACO MARCANO expuso lo siguiente: (Subrayado de la Sala).

“Me dirigía por la calle Constitución del Roble con la Avenida Guayana en el sentido de el (sic) Parcelamiento el Roble, hacia el semá-

foro el Roble, cuando cruzo, el semáforo en verde, no sé qué pasó todo fue rápido, un vehículo (sic) caprisse (sic) se comió la luz del semáforo y me impacto por el lado izquierdo haciendome (sic) girar y voltear la camioneta”.

Tal declaración no fue impugnada en juicio, ni fue negada por el ciudadano BADUA ANTONIO ROUHANA, el otro conductor involucrado en el accidente...”. (Resaltado de la Sala).

En consecuencia, sobre la base de las razones expuestas, esta Sala declara procedente la presente denuncia de infracción, por haber prosperado la falta de aplicación de los artículos 1.354 y 1.397 del Código Civil y 129 de la Ley de Tránsito Terrestre. Así se establece.

.....

TRIBUNAL: Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2010-1016.

FECHA: 21 de julio de 2010.

PARTES: Sanitas de Venezuela C.A contra Consejo Directivo del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios.

.....

TEMA: SIMULACIÓN CONTRACTUAL

Máxima: la simulación es la declaración de una voluntad no verdadera, que se hace para que nazca la apariencia de un negocio jurídico.

Máxima: la simulación contractual se manifiesta como un fenómeno constante en el desarrollo comercial dentro de nuestra sociedad, creando situaciones jurídicas aparentes que difieren de la situación jurídica verdade-

ra, producto de la ocurrencia de determinadas circunstancias adversas a los intereses patrimoniales de las partes contratantes.

EXTRACTO:

Preliminarmente esta Corte estima necesario realizar algunas consideraciones acerca de la simulación contractual, en este sentido tenemos: Según la clásica definición de Windscheid, la simulación es “la declaración de una voluntad no verdadera, que se hace para que nazca la apariencia de un negocio jurídico” (Citado por: DÍEZ PICAZO, Luis y GULLÓN, Antonio: Sistema de Derecho Civil, volumen I, undécima edición. Editorial Tecnos. Madrid, España. Pp. 512).

Continúa el autor español citado indicando que la simulación puede ser absoluta y relativa, refiriéndose a la primera como aquella que donde se supone haberse creado la apariencia de un negocio y, en verdad, resulta que no se quiso nada, que no se quiso dar vida a tal negocio. Mientras que a la simulación relativa la cataloga como un “disfraz”, en ella se realiza aparentemente un negocio jurídico, queriendo y llevando a cabo otro distinto en la realidad, esto es, los contratantes concluyen un negocio verdadero, que ocultan bajo una forma diversa, de tal modo que su verdadera naturaleza permanece secreta, citando a Ferrara.

Es así como, en ocasiones se utiliza un determinado negocio jurídico con el propósito de conseguir un resultado que prohíbe una determinada norma, buscando cobertura y amparo de la que regula el negocio elegido y protege el resultado normal de él, que en el caso concreto satisface al interés de las partes por ser coincidente en última instancia con el vedado. Con relación a lo anterior, Federico de Castro y Bravo ya había afirmado que los negocios jurídicos, para su existencia y luego para su eficacia, han de reunir ciertos requisitos, unos exigidos para todos los negocios, otros propios de cada tipo y también, en su caso, habrá de no olvidar los peculiares de cada negocio en concreto. Cuando alguno de esos requisitos no

son como deberían, se dice que el negocio jurídico es incompleto, irregular, falso o aparente, de tal modo que se le imprime al mismo esa peculiar naturaleza que resulta de la simulación, el fraude y la finalidad indirecta o fiduciaria (Cfr. DE CASTRO Y BRAVO, Federico: El Negocio Jurídico, Editorial Civitas. Madrid, 1991, pp. 329).

La anomalía, en palabras del mencionado autor, es una deformación de una figura negocial, querida por quienes lo crean y hecha para escapar de la regulación normal de los negocios, de la prevista y ordenada por las leyes, ya que en ellas no se atiende a una finalidad específica y regulada como tal por el Derecho, y donde la simulación no se reduce sólo a una divergencia entre voluntad y declaración, sino también al ánimo de engaño. La simulación contractual se manifiesta como fenómeno constante en el desarrollo comercial dentro de nuestra sociedad. Hoy en día se están creando situaciones jurídicas aparentes que difieren de la situación jurídica verdadera, esto es producto de la ocurrencia de determinadas circunstancias adversas a los intereses patrimoniales de las partes contratantes.

.....

**TEMA: CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA
(NATURALEZA JURÍDICA)**

Máxima: es un contrato en el cual se establecen claramente desde el inicio las obligaciones para ambas partes; para la empresa se establece una obligación de hacer, frente al contratante, que consiste en garantizar la prestación del servicio médico u hospitalario (ya sea por profesionales a su servicio, o mediante convenios con los profesionales de la medicina y/o centros hospitalarios), y para el contratante o afiliado, se trata de una obligación de dar, cuyo contenido es el pago periódico de una cierta cantidad de dinero como prestación adelantada del servicio que será prestado en el futuro por la empresa de medicina prepagada.

EXTRACTO:

Ahora bien, una vez realizadas las consideraciones que anteceden, este Órgano Jurisdiccional entra a conocer la naturaleza jurídica del contrato de prestación de servicios de asistencia médica suscrito entre la sociedad mercantil Sanitas Venezuela S.A., y la denunciante, denominado “CONTRATO FAMILIAR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA” identificado con el N° 50-10-44801 (folio 3 del expediente administrativo), a los fines de determinar si éste se encuentra ajustado a las regulaciones contenidas en la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4.898 Extraordinaria de fecha 17 de mayo de 1995 (aplicable *ratione temporis* al caso que nos ocupa) y el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Extraordinario N° 5.553 de fecha 12 de noviembre de 2001.

● ● ●

Esta Corte observa que el “CONTRATO FAMILIAR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA”, suscrito entre el ciudadano Fernando Montana, teniendo como beneficiaria a la denunciante, ciudadana Arminda Pérez de Montana, tenía por objeto “la gestión para la contratación de la prestación de Servicios de Salud por parte de SANITAS, en favor de las personas denominadas usuarios”.

● ● ●

De las cláusulas parcialmente transcritas, se desprende que el contrato suscrito por Sanitas Venezuela S.A., del cual es beneficiaria la denunciante, es un contrato de medicina prepagada en el cual se establecen claramente desde el inicio del mismo las obligaciones para ambas partes; para la empresa se establece una obligación de hacer, frente al contratante, que consiste en garantizar la prestación del servicio médico u hospitalario (ya sea por profesionales a su servicio, o mediante convenios con los profesionales de la medicina y/o centros hospitalarios), y en lo que concierne

a las obligaciones del contratante o afiliado, es claro que se trata de una obligación de dar, cuyo contenido es el pago periódico de una cierta cantidad de dinero como prestación adelantada del servicio que será prestado en el futuro por la empresa de medicina prepagada.

.....

**TEMA: LIBERTAD ECONÓMICA, MEDICINA PREPAGADA
E INTERVENCIÓN DEL ESTADO**

Máxima: la libertad económica es manifestación específica de la libertad general del ciudadano, la cual se proyecta sobre su vertiente económica.

Máxima: pueden caracterizarse a las empresas de medicina prepagada como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. La denominación usual deriva de que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan las alteraciones de salud, o según sea requerida de acuerdo a los planes ofrecidos, lo que evidencia que se trata de una actividad económica de interés social.

Máxima: las empresas de medicina prepagada tienen como uno de sus presupuestos básicos el de “la prestación de un servicio público”, como es el de salud, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, está sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites.

Máxima: la intervención estatal sobre la medicina prepagada tiene un fundamento constitucional múltiple: i) intervención del Estado en la economía (artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela); ii) en virtud de la expresión de la inspección y vigilancia de una profesión de riesgo social como lo es el ejercicio de la medicina; iii) por tratarse del servicio público de atención de la salud, el Estado mantiene la regulación, el control y la vigilancia de esta actividad (artículos 19, 83 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela) y; iv) por la particular naturaleza de las medicinas prepagadas, puesto que en ellas se manejan recursos captados del público, lo que nos indica que estamos en presencia de una actividad de interés público que debe ser sometida a la especial vigilancia, a fin de que el desarrollo de dichas actividades estén en concordancia con el interés público, y que en el funcionamiento de tales actividades se salvaguarden adecuadamente los intereses de los usuarios de los servicios ofrecidos por las entidades objeto de intervención (artículo 117 Constitucional).

EXTRACTO:

En cuanto a este tipo de contratación, resulta pertinente acotar que en nuestro país la libertad económica es manifestación específica de la libertad general del ciudadano, la cual se proyecta sobre su vertiente económica. De allí que, fuera de las limitaciones expresas que estén establecidas en la Ley, los particulares podrán libremente entrar, permanecer y salir del mercado de su preferencia, lo cual supone, también, el derecho a la explotación, según su autonomía privada, de la actividad que han emprendido. El artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela acogió el derecho de todos los particulares a emprender y desarrollar la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las ex-

presamente establecidas en la Constitución y la Ley. En efecto, dispone el mencionado artículo 112 lo siguiente:

“Artículo 112: Todas las personas pueden dedicarse libremente a la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las previstas en esta Constitución y las que establezcan las leyes, por razones de desarrollo humano, seguridad, sanidad, protección del ambiente u otras de interés social. El Estado promoverá la iniciativa privada, garantizando la creación y justa distribución de la riqueza, así como la producción de bienes y servicios que satisfagan las necesidades de la población, la libertad de trabajo, empresa, comercio, industria, sin perjuicio de su facultad para dictar medidas para planificar, racionalizar y regular la economía e impulsar el desarrollo integral del país.”. (Resaltado de la Corte).

Es en ejercicio de ese derecho de libre iniciativa económica, que en Venezuela ha aparecido el modelo de medicina prepagada y de hospitalización -distinta de la actividad aseguradora-, empresas que prestan con sus médicos servicios directos a los afiliados, bien bajo contratos con profesionales de la medicina o clínicas privadas, constituidas por organizaciones de muy variada naturaleza tanto social como jurídica o económica.

Conforme a lo anterior, este Órgano Jurisdiccional observa que la medicina prepagada, se presenta bien, a través la unión o asociación de un grupo de profesionales de la salud integrados en una estructura biomédica, que ciertamente incluye recursos tecnológicos y científicos de que dispone hoy la ciencia médica para el cuidado, conservación y rescate de la salud, o de clínicas, que prestan directamente el servicio a un grupo de afiliados, quienes se comprometen al pago adelantado de tales servicios; e igualmente podría presentarse a través de la creación de una persona jurídica bajo la forma de sociedad mercantil o asociación civil, que se limita a la celebración de los contratos con los afiliados y a la contratación de los servicios médicos con otras entidades, prestando en definitiva una actividad de intermediación y cobertura de riesgos.

En líneas generales, puede caracterizarse a las empresas de medicina prepagadas como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. La denominación usual deriva de que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan las alteraciones de salud, o según sea requerida de acuerdo a los planes ofrecidos, lo que evidencia que se trata de una actividad económica de interés social.

El usuario de este tipo de servicio no sólo es un consumidor, sino que, antes de ello, es sujeto del derecho a la salud. Esto es: más allá de las relaciones y modalidades contractuales en las que el usuario debe hacer valer sus derechos como tal, en la medicina prepaga siempre está en juego el derecho a la salud -y el derecho a la vida.

Al ser así, resulta claro que para el desarrollo de sus actividades, las empresas de medicina prepagadas tienen como uno de sus presupuestos básicos, el de “la prestación de un servicio público”, como es el de salud, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, está sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites.

Se evidencian, así mismo, otras actividades conexas a la prestación de la medicina prepaga que también ameritan la intervención estatal, en lo relativo a la reglamentación e inspección de las profesiones que pueden presentar un riesgo social, como sucede con el ejercicio de la medicina (Ley del Ejercicio de la Medicina, arts. 4 y 8), y el control de las actividades de manejo de recursos captados al público como fuente de financiación de su actividad.

Ahora bien, en referencia al derecho a la salud, en sentencia N° 2008-

1543 de fecha 12 de agosto de 2008, (caso: LABORATORIOS SUBSTANTIA, C.A.), esta Corte señaló lo siguiente:

“(...) el derecho a la salud, que es un derecho humano fundamental como parte del derecho a la vida, objeto de protección especial por parte del Estado Social de Derecho y de Justicia que impera en Venezuela, conforme lo prevé el artículo 83 de la Constitución cuando establece, que ‘La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo, el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República’.” (Resaltado de este fallo).

Igualmente, y en relación a este derecho, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, en sentencia N° 1362, de fecha 11 de agosto de 2006 (caso: Julia M. Mariño de Ospina y otros, citando sentencias números 487 y 864 de fecha 6 de abril de 2001 y 8 de mayo de 2002, respectivamente), señaló que

“(...) el derecho a la salud como parte integrante del derecho a la vida, ha sido consagrado en nuestra Carta Magna como un derecho social fundamental (y no como simples «determinaciones de fines de estado»), cuya satisfacción corresponde principalmente al Estado, cuyos órganos desarrollan su actividad orientados por la elevación (progresiva) de la calidad de vida de los ciudadanos y, en definitiva, al bienestar colectivo (...) se desprende que se ha considerado el derecho a la salud como un derecho fundamental de orden social al afectar a una parte de la colectividad o al interés general, más allá de los intereses particulares (...).” (Resaltado y

subrayado de la Corte).



De esta manera, la medicina prepagada no es una actividad de cualquier tipo, puesto que por medio de ella tales empresas prestan un servicio de salud, el cual es público, esencial y está a cargo del Estado, quien tiene la obligación de garantizarlo de manera continua y eficiente. De otro lado, el desarrollo de esta actividad implica el ejercicio de la medicina, que es una profesión que implica riesgos sociales que justifican la inspección y vigilancia estatal.

Finalmente, este tipo de prestación del servicio de salud es específico debido a la modalidad del prepago, pues ella implica mayores riesgos para los usuarios del sistema. Así, cuando un cliente paga un servicio ya prestado su necesidad de atención de salud ha sido satisfecha. En cambio, en la medicina prepagada existe siempre el riesgo de que la persona abone la tarifa pero no pueda acceder al servicio de salud al cual tiene derecho según el contrato, pues si la entidad entra en crisis por no haber efectuado manejos financieros adecuados el cliente queda desprotegido (Vid. Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia N° T-650/07, de fecha 17 de agosto de 2007, expediente T-1603300).

Ciertamente, estas entidades manejan importantes recursos de las persona contratantes, interesadas en prever hacia el futuro, los potenciales riesgos de salud, lo cual justifica más aun la intervención del Estado, pues se trata de garantizar que estas empresas, como depositarias de la confianza pública, cuenten con una adecuada organización y funcionamiento, a fin de proteger también los derechos de los consumidores o usuarios.

En este orden de ideas, el único interlocutor válido para dar respuesta a las demandas de los usuarios, quienes hallándose desprotegidos frente a los oferentes de servicios, son los actores sociales que presentan mayores dificultades a la hora de lograr que se respeten sus derechos en materia de salud, es el Estado.

En síntesis, la intervención estatal sobre la medicina prepagada tiene un fundamento constitucional múltiple: uno general, que es la intervención del Estado en la economía (artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela), y otros tres mucho más específicos: de un lado, ella es la expresión de la inspección y vigilancia de una profesión de riesgo social como lo es el ejercicio de la medicina; de otro lado, por tratarse del servicio público de atención de la salud, el Estado mantiene la regulación, el control y la vigilancia de esta actividad (artículos 19, 83 y 85 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela) y, finalmente, por la particular naturaleza de las medicinas prepagadas, puesto que en ellas se manejan recursos captados del público, lo que nos indica que estamos en presencia de una actividad de interés público que debe ser sometida a la especial vigilancia del Gobierno, a fin de que el desarrollo de dichas actividades esté en concordancia con el interés público, y que en el funcionamiento de tales actividades se salvaguarden adecuadamente los intereses de los usuarios de los servicios ofrecidos por las entidades objeto de intervención (artículo 117 Constitucional).

.....

TEMA: MEDICINA PREPAGADA: ¿ACTIVIDAD ASEGURADORA?

Máxima: la actividad realizada por las empresas que prestan servicios de medicina prepagada es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M), en virtud de: i) la mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes; ii) El lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad.

Máxima: las empresas de medicina prepagada deberán

cumplir con los requisitos, regulaciones y controles establecidos en la ley con competencia en seguros, toda vez que, la actividad desplegada por estas empresas, aun cuando existen diferencias entre su objeto social y las sociedades mercantiles dedicadas a la actividad aseguradora, deben encontrarse bajo la vigilancia, control y supervisión del Estado.

EXTRACTO:

Sin embargo, en opinión de quien decide, la medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros al asumir ajenas consecuencias de problemas de salud, que maneja recursos captados del público, y que obtiene un lucro con el ejercicio de esa actividad, por lo cual, conforme al artículo 86 de la Constitución, se trata de una actividad de interés público en el cual el control estatal debe ser más intenso.

Ciertamente, la actividad realizada por las empresas que prestan servicios de medicina prepagada “(...) es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H. C.M), con lo cual puede reducirse a una actividad propia del mercado asegurador y no de una verdadera medicina prepagada, en vista de que cumple con los requisitos para ser una actividad de seguros, por cuanto en ella encontramos: 1) La mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes, que son en definitiva quienes van a soportar la pérdida al materializarse el riesgo (enfermedad o accidente que den origen a la obligación de prestar el servicio médico (sic)). 2) El lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad.” (Superintendencia de Seguros. Dictámenes 2004, N° 22. Consideraciones sobre Medicina Prepagada y sus diferencias con la actividad aseguradora. [http://www.sudeaseg.gob.ve/dict_2004_22 .php](http://www.sudeaseg.gob.ve/dict_2004_22.php)).

Aunado a lo expuesto se advierte, que el artículo 5° del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro señala, que “El Contrato de seguro es aquél en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza. Las disposiciones del contrato de seguro se aplicarán a los convenios mediante los cuales una persona se obliga a prestar un servido o a pagar una cantidad de dinero en caso de que ocurra un acontecimiento futuro e incierto y que no dependa exclusivamente de la voluntad del beneficiario a cambio de una contraprestación, siempre que no exista una ley especial que los regule.”, de donde se desprende la similitud que existe entre la actividad que realizan las empresas de medicina prepagada con las que efectúan las empresas de seguros.

En refuerzo de lo anterior, resulta oportuno traer a colación que dada la importancia del tema, el mismo ha sido objeto de discusión en el seno del órgano legislativo nacional, a tal punto que el espíritu del legislador está ampliamente ganado a la idea de que hay que someter a la vigilancia, fiscalización y control del Estado a este tipo de empresas.

Ello así, es evidente la importancia que tienen las empresas de medicina prepagada, al punto de considerar esta Corte, que esas empresas deberán cumplir con los requisitos, regulaciones y controles establecidos en la ley con competencia de seguros, por consiguiente, la actividad desplegada por estas empresas, aun cuando existen diferencias entre su objeto social y las sociedades mercantiles dedicadas a la actividad aseguradora, reitera este Órgano Jurisdiccional que deben encontrarse bajo la vigilancia, control y supervisión del Estado, por cuanto tal como antes se señaló, tales empresas prestan un servicio de salud, el cual es esencial y público; ade-

más, el desarrollo de esta actividad implica el ejercicio de la medicina, que es una profesión que implica riesgos sociales, elementos éstos que justifican suficientemente la inspección y vigilancia estatal. En consecuencia, conforme a lo previamente señalado, este Órgano Jurisdiccional considera que empresas como la recurrente, que se dedican a la prestación de la medicina prepagada, dada su naturaleza, deben someter su actuación tanto al Ministerio del ramo como a la Superintendencia de Seguros y por su estrecha vinculación con los consumidores de ese servicio, han de someterse igualmente a las regulaciones previstas en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, así como a los controles ejercidos por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

En razón de ello, cada uno de estos organismos en el ámbito de su respectiva competencia, regularán y supervisarán el funcionamiento de las empresas de medicina prepagada, las cuales además deberán cumplir con los requisitos, regulaciones y controles establecidos en el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros y en la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en tanto y en cuanto le sea aplicable. Así se declara.

Ello así, queda expresamente abandonado el criterio de la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo, establecido mediante sentencia N° 2003-493 de fecha 20 de febrero de 2003, en cuanto a la naturaleza jurídica, intervención estatal y mecanismos de control sobre empresas que, como la recurrente de autos, ejercen actividades que prestan un servicio de medicina prepagada. Así se decide.

.....
TEMA: CONTRATOS DE ADHESIÓN

Máxima: el contrato de adhesión es aquel cuyas cláusulas hayan sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios sin que el consumidor pudiera discutir o modificar su contenido.

Máxima: la póliza de seguro es necesariamente un contrato de adhesión, pues su articulado es aprobado previamente por la Superintendencia de Seguros, conforme lo establecen los artículos 66 y 67 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, sin la intervención de la otra parte, esto es, el asegurado.

EXTRACTO:

La libertad contractual tiene un fuerte anclaje en la Constitución el reconocimiento de la dignidad personal y el libre desarrollo de la personalidad, de manera que se les permita a los individuos auto-regular sus marcos de intereses conforme a lo acordado o convenido por éstas.

No obstante, existen limitaciones intrínsecas de la autonomía de la voluntad, así pues entre las críticas a la concepción liberal del contrato “hay quienes piensan que es entregar a los particulares una reserva de caza, una zona protegida o zona prohibida, en donde el Estado no tiene otra cosa que hacer sino dejar hacer... pero cuando se acude al ámbito público a solicitar el cumplimiento de ese contrato, se sale así de esa zona prohibida.” (Conferencia del catedrático español Luis Díez-Picazo en la Fundación Juan March (Madrid - España), acerca de “El Contrato y la Libertad Contractual” Vid. <http://www.march.es/conferencias/anteriores/voz.asp?id=2353>)

Así pues, bajo las directrices del artículo 18 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y Usuario, el contrato de seguro se enmarca como un contrato de adhesión, toda vez que si bien éste parte de la libertad contractual o autonomía de la voluntad de las partes, sus cláusulas son propuestas por una sola de las partes de la relación contractual y aceptadas por la otra, sin posibilidad de discutir o modificar su contenido.

El citado artículo establecía expresamente que por contrato de adhesión

podría entenderse “aquél cuyas cláusulas hayan sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios sin que el consumidor pudiera discutir o modificar su contenido”, especificando que, en tales casos, “la inserción de otras cláusulas en el contrato no altera la naturaleza descrita de contrato de adhesión”.

Atendiendo al primer criterio definidor, La póliza de seguro es necesariamente un contrato de adhesión, pues su articulado es aprobado previamente por la Superintendencia de Seguros, conforme lo establecen los artículos 66 y 67 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, sin la intervención de la otra parte, esto es, el asegurado”.

De igual manera, la póliza es también un contrato de adhesión, pues está contenida en un documento redactado por una de las partes (la aseguradora), que la otra parte debe aceptar en su totalidad o rechazar.

Conforme lo ha señalado la doctrina, el contrato de adhesión ha representado siempre “un caso típico de imposición de una voluntad sobre otra; de predominio del económicamente poderoso sobre el ‘débil jurídico’ constreñido a aceptar las cláusulas más onerosas para alcanzar, como contraprestación, un bien o un servicio indispensable para su subsistencia.” (vid. Kummerow, Gert. Algunos Problemas Fundamentales del Contrato por Adhesión en el Derecho Privado. Editorial Sucre. Caracas. Pág. 164) (Negritas de esta Corte)

Precisado lo anterior, advierte este Órgano Jurisdiccional que el contrato objeto de estudio constituye un auténtico contrato de adhesión en los términos expuestos, en el cual queda excluida cualquier posibilidad de debate o dialéctica entre las partes, pues sus cláusulas son previamente determinadas por el asegurador, de modo que el asegurado se limita a aceptar cuanto ha sido establecido por el primero.

En este orden, los contratos de adhesión son los instrumentos contractua-

les donde por excelencia, las cláusulas abusivas se ven con más frecuencia, pues los mismos pueden presentarse como vehículo que da lugar a excesos y a prácticas abusivas, vejatorias o injustas, que podrían llegar a vulnerar los derechos e intereses de los consumidores.

Así, la utilización de este tipo de contratos de adhesión, ha conllevado incluso a considerar, entre los aspectos desfavorables, la posible desaparición de la libertad contractual devenida de la redacción unilateral del contrato por una de las partes, unido a ciertas desventajas en la formación de voluntad debido a su ambigüedad.

De este modo, se ha afirmado que el contrato de adhesión por ser la obra de una parte que goza de un monopolio económico de hecho —grandes bancos, compañías de seguros- o de derecho —servicios públicos concedidos- la aceptación más bien, debe ser entendida como forzada, por cuanto no existe la posibilidad de discutir el contenido de la convención “la libertad jurídica llega a ser una mentira y hay, en realidad, un constreñimiento que la sustituye.” (Vid. Kummerrow Gert, Ob. Cit. Pág.” 75).

Es por esto que, frente a tales realidades, debe considerarse reforzada la especial tutela que deben brindarse a los consumidores o usuarios que contratan la adquisición de bienes o servicios formalizados por medio de este tipo de contratación, a los fines de proteger sus derechos, en el entendido que, podrían resultar contrarios a la buena fe y a las buenas costumbres o constituir un abuso de derecho.

.....

TEMA: RIESGOS EN MATERIA DE SALUD Y LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS

Máxima: las cláusulas abusivas o limitativas de los derechos del asegurado son todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, causen en perjuicio del ase-

gurado, un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes que se deriven del contrato.

Máxima: el derecho a la salud según la doctrina sanitaria de la Organización Mundial de la Salud es como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o de enfermedades.

Máxima: en materia de seguros serían catalogadas como cláusulas abusivas a los derechos del asegurado, aquellas que restrinjan o excluyan algún derecho que, en principio, correspondería al asegurado, o que le impongan una obligación que de otra forma no tendría. Así pues, cualquier alteración de la normal distribución de derechos y obligaciones en perjuicio del adherente habrá de estimarse abusiva por venir impuesta por el predisponente en detrimento del usuario, que por imperativo de la buena fe y la equidad debe redactar el contrato en los términos que en este caso el asegurado pueda esperar, es decir, en la misma forma que resultaría de una composición negociada.

Máxima: conforme la doctrina española la definición abstracta de las cláusulas abusivas no resulta fácil de hacer, no obstante parte de las siguientes ideas: i) Desviación del modo de la buena fe contractual, entendida ésta como fuente de integración del contenido contractual y por tanto, como una fuente de producción de derechos y facultades o de obligaciones o cargas de las partes; y ii) el detrimento o perjuicio del adherente y la de desequilibrio, de tal modo que en el primer sentido las cláusulas serán abusivas si atribuyen al proponente los derechos y facultades de carácter exorbitante, o si

introducen limitaciones o restricciones en los derechos y facultades del adherente, y en el segundo campo, las cláusulas serán abusivas cuando supriman o reduzcan obligaciones del predisponente y cuando aumente las cargas y obligaciones del adherente.

Máxima: en materia de seguros serían catalogadas como cláusulas abusivas a los derechos del asegurado, aquellas que restrinjan o excluyan algún derecho que, en principio, correspondería al asegurado, o que le impongan una obligación que de otra forma no tendría. Así pues, cualquier alteración de la normal distribución de derechos y obligaciones en perjuicio del adherente habrá de estimarse abusiva por venir impuesta por el predisponente en detrimento del usuario, que por imperativo de la buena fe y la equidad debe redactar el contrato en los términos que en este caso el asegurado pueda esperar, es decir, en la misma forma que resultaría de una composición negociada.

EXTRACTO:

Las cláusulas abusivas o limitativas de los derechos del asegurado son todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, causen en perjuicio del asegurado, un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes que se deriven del contrato. (Vid. Cláusulas Lesivas, Limitativas y Delimitadoras del Riesgo en el Contrato de Seguro. Pág. 6. <http://www.abogadodelconsumidor.com/Delimitacion.pdf>.)

En tal sentido, el Estado está obligado a tutelar los intereses amparados por la Constitución, a proteger a los débiles, y para el caso del contrato de seguro la defensa y protección jurídica debe recaer sobre el asegurado, quien suscribiendo el contrato con una empresa aseguradora se somete a

las condiciones impuestas por ésta, con la sola posibilidad de aceptarlo o rechazarlo, sin poder discutir el contenido del negocio, que se presenta como inmodificable, lo cual evidentemente constituye una desigualdad y desequilibrio en perjuicio del consumidor.

Esta protección cobra mayor importancia en los contratos de seguro que tienden a la cobertura de riesgos de la salud, pues cuando está en juego el derecho a la vida o a la salud, teniendo en cuenta la protección que les asigna nuestra Constitución y legislación, no es posible que una cláusula de estos contratos pueda entenderse de forma tal que ponga en peligro los derechos a la vida y a la salud del contratante.

Si bien los contratos de seguros contemplan los derechos y obligaciones tanto del asegurador como del asegurado, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de fecha 23 de marzo de 1999, ha integrado el derecho a la salud como parte del derecho a la vida, así pues, no puede esta Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, pasar desapercibido la gran importancia que trae consigo el caso objeto de estudio, dado que se encuentra esencialmente vinculado con el derecho a la salud contemplado reiteradamente en nuestra norma fundamental.

El concepto de salud se entiende -siguiendo la doctrina sanitaria de la Organización Mundial de la Salud- como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o de enfermedades.

Este derecho reconocido en las principales declaraciones internacionales de Derechos Humanos incluye el derecho a la asistencia médica, el cual tiene como fundamento la dignidad de la persona humana y cuya satisfacción corresponde principalmente al Estado, no obstante cuando los particulares presten los servicios de salud, cualquier criterio económico que éstos tomen y que pretendiera hacer nugatorio el ejercicio de tales derechos, debe ceder en importancia pues sin el derecho a la vida los demás derechos resultarían inútiles.

La protección en este sentido, es indispensable dado que al sector privado se le permite la función prestadora de salud, y visto el interés que reviste este derecho constitucional quedan sometidos todos los organismos e instituciones públicas y privadas que realicen esta actividad, a las políticas y directrices en materia de salud que tenga a bien formular el Estado en beneficio de la colectividad y el interés general.

En relación a este derecho, la Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia, en sentencia N° 1362, de fecha 11 de agosto de 2006 (caso: Julia M. Mariño de Ospina y otros, citando sentencias números 487 y 864 de fecha 6 de abril de 2001 y 8 de mayo de 2002, respectivamente), señaló que

“(...) el derecho a la salud como parte integrante del derecho a la vida, ha sido consagrado en nuestra Carta Magna como un derecho social fundamental (y no como simples «determinaciones de fines de estado»), cuya satisfacción corresponde principalmente al Estado, cuyos órganos desarrollan su actividad orientados por la elevación (progresiva) de la calidad de vida de los ciudadanos y, en definitiva, al bienestar colectivo (...) se desprende que se ha considerado el derecho a la salud como un derecho fundamental de orden social al afectar a una parte de la colectividad o al interés general, más allá de los intereses particulares (...)” (Resaltado y subrayado de la Corte).

De los criterios expuestos se infiere que el derecho a la salud constituye un derecho fundamental, que va más allá de los intereses particulares, cuya carga y regulación compete fundamentalmente al Estado, y en consecuencia para ser plena y efectiva la protección a la salud, debe el Estado abarcar en toda su extensión las relaciones que establecen las personas con la atención sanitaria, a fin de preservar su integridad como derecho eminentemente del usuario y las garantías fundamentales como la oportunidad, la calidad científica y médica, y la adecuada atención.

Por otra parte resulta oportuno acotar, que el contrato de seguro de salud visto desde la perspectiva de la prestación por parte de un agente económico de los servicios de asistencia médica al consumidor o usuario, a cambio de una tarifa o precio, ha sido también regulado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 117 el cual establece:

“Todas las personas tendrán derecho a disponer de bienes y servicios de calidad, así como a una información adecuada y no engañosa sobre el contenido y características de los productos y servicios que consume; a la libertad de elección y a un trato equitativo y digno. La Ley establecerá los mecanismos necesarios para garantizar estos derechos, las normas de control de calidad y cantidad de bienes y servicios, los procedimientos de defensa del público consumidor, el resarcimiento de los daños ocasionados y las sanciones correspondientes por la violación de estos derechos.” (Negritas de esta Corte).

El citado artículo, otorga a toda persona el derecho de disponer de servicios de calidad y de recibir de éstos un trato equitativo y digno, norma que al no diferenciar se aplica a toda clase de servicios, incluidos los contratos de seguro.

Ahora bien, conforme las consideraciones efectuadas las cláusulas abusivas contenidas en el contrato de seguro son aquéllas que de forma contraria a la buena fe, desequilibren, en perjuicio del asegurado, los derechos y obligaciones que normalmente se derivarían del seguro contratado.

Conforme la doctrina española la definición abstracta de las cláusulas abusivas no resulta fácil de hacer, no obstante parte de las siguientes ideas: i) Desviación del modo de la buena fe contractual, entendida ésta como fuente de integración del contenido contractual y por tanto, como una fuente de producción de derechos y facultades o de obligaciones o cargas

de las partes; y ii) el detrimento o perjuicio del adherente y la de desequilibrio, de tal modo que en el primer sentido las cláusulas serán abusivas si atribuyen al proponente los derechos y facultades de carácter exorbitante, o si introducen limitaciones o restricciones en los derechos y facultades del adherente, y en el segundo campo, las cláusulas serán abusivas cuando supriman o reduzcan obligaciones del predisponente y cuando aumente las cargas y obligaciones del adherente. (Vid. Luis Díez-Picazo y Ponce de León. *Las Condiciones Generales de la Contratación y Cláusulas Abusivas*. Editorial Civitas. Págs. 41 y 42) (Negritas de esta Corte)

El derecho al consumidor y las cláusulas abusivas han sido analizadas por esta Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo mediante sentencia N° 2008-01560 de fecha 12 de agosto de 2008, caso: Banco Exterior C.A., Banco Universal contra el Consejo Directivo del Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), de la siguiente manera:

“Así las cosas, se puede afirmar que la protección al consumidor viene determinada por la existencia de situaciones nuevas que necesitan una defensa contra la agresividad desplegada por los empresarios en el mercado y una especial protección no alcanzable con las normas generales que regulan el tráfico económico.

[...omissis...]

Esta exigencia que impone que la protección de los consumidores y los usuarios, sea estudiada a través de un derecho especial se encuentra en el postulado fundamental que parte de considerar que entre éstos y los proveedores de bienes y servicios no existe igualdad real. Así, en condiciones ordinarias el tráfico mercantil se procura a través de contratos basados en el principio de la libre e igual autonomía de la voluntad de las partes. Se entiende, sin embargo, que existe un fallo de mercado que impide que tal igualdad contractual pueda presentarse fácilmente, representada en la desigual posición en la que se encuentran los consumidores y los

usuarios frente al empresario. Esa desigualdad hace inaplicable el régimen general de garantías que, a favor de esa categoría de sujetos, contiene ya el ordenamiento jurídico privado: instituciones como la nulidad del contrato por error o la garantía de saneamiento y evicción han sido establecidas, precisamente, a favor de los consumidores y usuarios. Sólo que el fallo del mercado constatado hace insuficiente ese régimen ordinario, siendo preciso acudir a un régimen exorbitante de Derecho común.

[...omissis...]

En este orden de ideas, en su oportunidad destacó el Profesor DE CASTRO Y BRAVO, que '[la] historia no se repite, sí los artificios (...) un grupo social poderoso [es este caso, los prestadores de un servicio] emplean la forma de contrato para aumentar su poder, desplazar el Derecho legislativo, crear nuevas normas e imponer una jurisdicción a su servicio [destacando que] las cláusulas de exoneración pueden ser impugnadas por varios motivos; cuando el resultado a que se llegue choque gravemente con los principios de justicia conmutativa o con la buena fe (resolviendo según aconseje la justicia y la equidad al caso concreto); cuando se deje prácticamente al arbitrio de una de las partes el cumplimiento de la prestación principal, y en el caso de que uno de los contratantes se desprenda simplemente de las acciones o excepciones que le correspondan (...) la agravación de las responsabilidades impuesta al cliente y la exoneración de responsabilidad concedida al empresario, no pueden resultar por la especialidad del contrato concertado y hacen que, normalmente se les pueda calificar como renuncia de leyes y, en consecuencia, como cláusulas nulas' (Vid. DE CASTRO Y BRAVO, Federico. 'Las condiciones generales de los contratos y la eficacia de las Leyes'. Madrid: Cuadernos Civitas, 1987. p. 78). (Destacados del texto).

En este sentido, advierte esta Corte que el artículo 21 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario expresaba que 'no producirán efecto alguno las cláusulas o estipulaciones en los contratos

de adhesión que: 1. Otorguen a una de las partes la facultad de resolver a su solo arbitrio el contrato, salvo cuando ella se conceda al comprador en las modalidades por correo, a domicilio o por muestrario; 2. Establezcan incrementos de precio por servicio, accesorios, aplazamientos, recargos o indemnizaciones, salvo que dichos incrementos correspondan a prestaciones adicionales que sean susceptibles de ser aceptadas o rechazadas en cada caso y estén expresadas con la debida claridad y separación; 3. Hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor; 4. Priven al consumidor o al usuario de su derecho a resarcimiento frente a deficiencias que afecten la utilidad o finalidad esencial del producto o servicio; 5. Estén redactados en términos tan vagos o imprecisos; o no impresos en caracteres legibles, visibles y destacados que faciliten su comprensión'. (Negrillas del texto).

En síntesis, en atención a las disposiciones legales vigentes, las cuales desarrollan el enunciado constitucional que pretende erigir auténticas normas de derecho público que actúen en función de la protección de los consumidores y de los usuarios, puede este Órgano Jurisdiccional señalar que el artículo 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela cumple el papel de cláusula general que tienen por objeto prevenir que el contenido de los contratos de adhesión no contravengan los principios de justicia, orden público y buena fe, con exclusión de las situaciones abusivas. (Negrillas del texto)

Esta disposición, a juicio de esta Corte, viene a concretar la obligación de trato equitativo y digno que impone la Constitución, lo cual, a modo de consecuencia inmediata, lleva necesariamente también al justo equilibrio de las prestaciones, por cuanto si no existe equilibrio existe abuso o desproporción, que operaría como causa de nulidad de la cláusula o estipulación en cuestión.

En efecto, en criterio de esta Corte, el trato equitativo y digno y el debido respeto a los principios de justicia, orden público y buena fe se contraviene en estos contratos cuando no existe un debido equilibrio de pres-

taciones o cuando el proveedor ejerza sus derechos de manera abusiva, en detrimento de los intereses económicos y sociales de consumidores y usuarios. (Resaltado de esta Corte)

De los criterios expuestos, esta Corte estima que en materia de seguros serían catalogadas como cláusulas abusivas a los derechos del asegurado, aquéllas que restrinjan o excluyan algún derecho que, en principio, correspondería al asegurado, o que le impongan una obligación que de otra forma no tendría. Así pues, cualquier alteración de la normal distribución de derechos y obligaciones en perjuicio del adherente habrá de estimarse abusiva por venir impuesta por el predisponente en detrimento del usuario, que por imperativo de la buena fe y la equidad debe redactar el contrato en los términos que en este caso el asegurado pueda esperar, es decir, en la misma forma que resultaría de una composición negociada.

No obstante, es menester acotar que resulta perfectamente admisible que las compañías aseguradoras pretendan delimitar el ámbito de cobertura que están dispuestos a asumir con el fin de garantizar la viabilidad de su negocio, pero han de hacerlo respetando los parámetros elementales del contrato, de forma que sobre esa delimitación concurre el consentimiento informado del asegurado, siga ofreciendo una cobertura real y que se corresponda con lo que el asegurado desea cubrir a cambio de su prestación, del pago de la prima.

Se permite en los contratos de seguro determinadas cláusulas que limiten los derechos del asegurado, siempre y cuando sean aceptadas por éste y sin alterar el normal equilibrio de prestaciones, a manera de ejemplo podemos citar aquellas que limitan el riesgo o la indemnización, puesto que la contraprestación o prima, se calcula por métodos actuariales en función del nivel de riesgo y de la cuantía de la indemnización.

Conforme se acaba de exponer, es menester que el asegurado o adherente desde el mismo momento de suscribir el contrato de seguro tenga pleno conocimiento de las limitaciones correspondientes, las cuales se insiste,

no deben ser abusivas, toda vez que si se defraudan las expectativas sobre las cuales el asegurado se decidió a contratar, el contrato de seguro carecería de sentido y perdería su finalidad, el cual no es otra que el de cubrir los daños sufridos a consecuencia de un hecho futuro e incierto.

Así pues, resulta inconcebible para este Órgano Jurisdiccional la incertidumbre y el desamparo de quien se encuentra enfermo y que, a pesar de haber contratado un seguro médico, no es asistido como esperaba, por la conducta abusiva de las aseguradoras en librarse de responsabilidades legalmente establecidas, ocasionando desequilibrios en la relación contractual que ocasionen perjuicio a la parte más débil, el asegurado o adherente.

.....

**TEMA: EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD EN EL
CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA POR
ENFERMEDAD PREEXISTENTE**

Máxima: al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario y, en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato.

Máxima: cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta: i) que ésta es distinta a los plazos de espera; ii) debe quedar demostrado que efectivamente

se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística; iii) las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazado es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.

Máxima: cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

Máxima: la única declaración de salud válida es aquella que se suscribe al momento de la incorporación del asegurado o beneficiario al contrato de seguro.

Máxima: para que las compañías aseguradoras eviten tener que cubrir la contingencia del asegurado, la única posibilidad es haberlo sometido a un examen médico antes de suscribir el contrato, si no lo hizo, o lo hizo pero no se llegó a descubrir esa enfermedad, deberán éstas aceptar el riesgo.

EXTRACTO:

Ahora bien, expuestas las anteriores consideraciones, es menester para esta Corte analizar el contrato de seguro médico suscritos entre la sociedad mercantil Sanitas Venezuela S.A., y el cónyuge de la ciudadana Arminda Pérez de Montana, fungiendo ésta como beneficiaria, denominado "CONTRATO FAMILIAR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA".

Así pues, de la revisión efectuada esta Corte estima necesario traer a cola-

ción el contenido de las cláusulas señaladas por las partes, estipuladas en el referido contrato de seguro, identificado con el N° 50-10-44801, el cual contempla lo siguiente:

“CLÁUSULA PRIMERA. DEFINICIONES

[...Omissis...]

15. Preexistencia: Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas.” (Negritas del original y subrayado de esta Corte)

“CLÁUSULA CUARTA - EXCLUSIONES O LIMITACIONES CONTRACTUALES

1. Sanitas, excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos:

[...Omissis...]

1.3. Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, declaradas o no, conocidas o no por el usuario, así como aquellas que puedan derivarse de éstas, sin perjuicio de que se puedan diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. EL CONTRATANTE en nombre propio y en el de los usuarios en cuyo favor estipula y/o cada uno de éstos o sus Representantes Legales, o el titular de cada grupo familiar deben manifestar al momento de suscribir la solicitud de afiliación, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades recidivas o que requieran o hubieran requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos de rehabilitación a base de medicamentos u otros agentes externos.

Expresándolo así, la afección se tendrá como preexistente y, en consecuencia, ajena a las prestaciones contractuales pactadas. En

caso de preexistencia, SANITAS se reserva el derecho de aceptar o de negar el ingreso del usuario en cuestión o del grupo de usuarios, y aceptándolo se entenderá incorporada al contrato la Cláusula de EXENCIÓN para SANITAS en cuanto a la prestación de servicios relativos a la preexistencia o afecciones derivadas de la misma, respecto de las declaradas y de las que se llegaren a determinar con posterioridad.

En anexo que forma parte integral del contrato, se incluyen las preexistencias y demás exclusiones de cada usuario en particular, identificadas inicialmente, sin perjuicio de su actualización con las que se identifiquen sobre bases científicas sólidas durante la ejecución del contrato. (Resaltado de esta Corte)

De las cláusulas transcritas se observa, en primer lugar que el ente asegurador ha catalogado como enfermedades preexistentes “preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas,” señalando además un anexo que forma parte integrante del contrato, en el cual se incluyen las preexistencia y demás exclusiones de los usuarios y beneficiarios de dicho contrato.

Ahora bien, de la revisión exhaustiva del contrato objeto de estudio no se observó el anexo al cual hace referencia la cláusula 1.3 del Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica, identificado con el N° 50-10-44801, en el cual presuntamente se especifican las enfermedades preexistentes y demás exclusiones que afectan a los usuarios y beneficiarios del citado contrato. Sin embargo, encontró esta Corte al folio 8 del expediente administrativo una carta emanada de SANITAS dirigida al tomador de la póliza, en fecha 17 de octubre de 2003, donde se le indicaba que “esta [sic] excluido el cubrimiento a los servicios, que para su prestación requieren autorización por parte de la Compañía, sobre las patologías, a continuación relacionadas, por ser preexistentes a la fecha de afiliación a la Organización” y a continuación, únicamente se especifica: “SECUELA CIRUGIA VESICULAR BILIAR”. (Mayúsculas del original)

En tal sentido, esta Corte advierte, que el hecho de que las enfermedades o padecimientos no sean ni conocidos ni declarados por el contratante aunado a que se “(...) pueda diagnosticar (...) sobre bases científicas sólidas” constituye una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, pues a juicio de quien decide, su contenido favorece especialmente a la empresa, contraviniendo “el trato equitativo y digno y el debido respeto a los principios de justicia, orden público y buena fe” que debe privar en todo contrato.

En efecto, siguiendo la lectura de las cláusulas citadas, y la amplitud referida a que se “(...) pueda diagnosticar (...) sobre bases científicas sólidas” las enfermedades o padecimientos preexistentes, cabe preguntarse con qué tipo de atención podría contar un afiliado en el transcurso de la vigencia del contrato; virtualmente, ninguna (con excepción del supuesto de consultas, atención por accidentes, compra de medicamentos y análisis de laboratorio).

Ello por cuanto, la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad, en tal sentido, se reitera, al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato. Lo anterior implica, que cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de la cobertura del contrato deberá ser asumido íntegramente por la entidad de medicina prepagada, en consecuencia, el rechazo a prestar los servicios al usuario sin más justificación legal que los derechos inherentes a la

empresa puede provocar una violación al derecho fundamental a la salud, a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y podría llegar a impedir el deber constitucional y legal que tiene toda persona de procurar el cuidado de su salud. Así se decide.

En atención a ello, el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro define por preexistencia lo siguiente:

“Artículo 116. Se entiende por preexistencia toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado un contrato de seguros de hospitalización, cirugía y maternidad y que sea conocida por el tomador, asegurado o el beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubren las enfermedades preexistentes.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente. (Resaltado de esta Corte)

Conforme la normativa señalada, a criterio de esta Corte el concepto de enfermedad preexistente o preexistencia señalado por la sociedad mercantil recurrente deberá ser interpretado de la siguiente manera: aquella enfermedad padecida por el asegurado anteriormente al momento que se contrata el seguro y que fuera conocida o no por el asegurado (o el tutor, en casos de menores de edad), pero que en todo caso deberá ser diagnosticada con anterioridad a la suscripción del mismo, bien sea mediante los exámenes realizados por las compañías aseguradoras o por la declaración que a tal efecto haga el asegurado, lo cual en ambos casos quedará predeterminado en forma individual y para cada caso en particular en la correspondiente póliza de seguro, a los fines de que el asegurado tenga pleno conocimiento de las exclusiones a los cuales se encuentra sometido.

Por otra parte, resulta necesario traer nuevamente a colación lo señalado por esta Corte mediante sentencia N° 2008-2368 de fecha 17 de diciembre de 2008, caso: Dominga Trotti De Vázquez contra la sociedad mercantil Seguros Horizonte, C.A., en cuanto a la comprobación de las enfermedades preexistente, en la cual se dispuso lo siguiente:

“Ahora bien, en cuanto a la comprobación de estas enfermedades en la contratación de las pólizas de seguro, la Superintendencia de Seguros de la República Bolivariana de Venezuela mediante el dictamen titulado “La Prueba de la Preexistencia y su diferencia con los Lapsos de Espera”, ha señalado lo siguiente:

En cambio, cuando se está en los casos de preexistencia, el asegurador para poder verse librado de su obligación de indemnizar, deberá comprobar y demostrar que las causas del siniestro (enfermedad por ejemplo), existen con anterioridad al siniestro o ellas son congénitas. Para ello no basta con las estadísticas que al efecto establezcan revistas médicas o criterios médicos, sino que por el contrario deberán ir a los hechos, tanto a los exámenes médicos practicados con anterioridad a la contratación de la póliza, como a los efectuados al momento en que se diagnostica la misma (ocurrencia del siniestro); también deberán ser analizados los informes levantados por los médicos tratantes e incluso los informes de los médicos que a tal efecto contratan las empresas, pero éstos no pueden basarse en suposiciones (como ocurre en el presente caso) o en estadísticas (como ocurre en tantos otros), porque en el primero de esos casos esas suposiciones pueden ser fácilmente desvirtuadas con pruebas contundentes, y en el caso de estadísticas el asegurado podrá estar dentro del porcentaje que si está cubierto por la póliza, es decir, que la empresa aseguradora deberá tener una prueba en su poder que permita determinar eficazmente que el siniestro es realmente preexistente.

En síntesis, cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta en primer

término, que ésta es distinta a los plazos de espera; en segundo lugar, debe quedar demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística, y en tercer lugar, como consecuencia de lo anterior, las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazados es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.’ (Ver. www.sudese.gov.ve/dict_1998_1.php) (Resaltado de esta Corte)”.

Conforme a lo expuesto, las enfermedades preexistentes deben determinarse al llenar el formato de declaración de salud al afiliarse, toda vez que la única declaración de salud válida es aquella que se suscribe al momento de la incorporación del asegurado o beneficiario al contrato de seguro, todo ello con el objeto de brindar a las partes contratantes una información segura y acertada sobre el alcance de sus derechos y obligaciones, y en particular al beneficiario quien conocerá antes de la ocurrencia de cualquier siniestro el catálogo de las enfermedades preexistentes que serán excluidas por la empresa aseguradora.

.....

TEMA: PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD

Máxima: un Tribunal español en 1989 dispuso que: ‘El concepto de ‘preexistencia conocida o no’ es de una latitud tal que podría involucrar enfermedades pretéritas curadas, otras desconocidas, enfermedades con sintomatología anterior a la incorporación que vinieron a evolucionar después en sus exteriorizaciones. Generalmente, el origen de las patologías es muy anterior en la mayoría de los casos, salvo accidente, y como las enfermedades tienen un curso prolongado, hasta genético a veces, serían muy poco los asociados admisibles. De ahí que el alcance de la cláusula no debe determinarse en forma tal que perjudique a la parte que no la predispuso.

Máxima: Recae sobre la empresa aseguradora -por ser esta última la que está en mejores condiciones técnicas que el paciente- la función de investigar y determinar la preexistencia de una enfermedad, a través de los exámenes médicos, chequeos y demás análisis que estime pertinente, siendo improcedente la liberación de tal responsabilidad amparándose en cláusulas limitativas de responsabilidad, que: i) establezcan definiciones genéricas; ii) cláusulas en las que la compañía se reserva la demostración de la preexistencia de enfermedad o que la misma es congénita; iii) cláusulas en las cuales la empresa se irroga la potestad de excluir cualquier enfermedad que considere preexistente o congénita; iv) cláusulas en las que se excluye al asegurado por enfermedades no conocidas por éste, ni médicamente diagnosticadas.

Máxima: no actúa de mala fe quien no contesta lo que no se le pregunta.

Máxima: para que las compañías aseguradoras eviten tener que cubrir la contingencia del asegurado, la única posibilidad es haberlo sometido a un examen médico antes de suscribir el contrato, si no lo hizo, o lo hizo pero no se llegó a descubrir esa enfermedad, deberán éstas aceptar el riesgo.

EXTRACTO:

Asimismo, es conveniente acotar que las cláusulas de exclusión de cobertura deben ser interpretadas restrictivamente, por lo que no es posible entender aquella que excluye la cobertura a las prestaciones no declaradas, pueda alcanzar todo el universo de posibles complicaciones inespecíficas de la enfermedad preexistente.

De igual manera, la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad, en tal sentido incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el asegurado, y en caso de la omisión por desconocimiento ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato de seguro.

En este orden, se ha afirmado que las empresas aseguradoras ‘no se contentan con exigir información acerca del estado de salud del asegurado sino que solicita, además un examen médico del mismo, por un profesional de la medicina que pueda ser impuesto por el asegurador. Puede entonces pactarse el contrato siguiendo dos métodos principalmente: o bien, pura y simplemente se exige la opinión del médico, acerca si el estado de salud del presunto asegurado es o no satisfactorio, y en base a ello se concluye o no el contrato, o bien se solicita del científico ciertos datos concretos, según un formulario detallado, y en base a las respuestas del propio asegurador determina si contratará o no y en qué condiciones lo hará’. (Vid. Mármol Marquis, Hugo. *El Seguro de Vida*. Colección Tesis de Doctorado Volumen III. Publicaciones de la Facultad de Derecho Universidad Central de Venezuela. 1964. Págs. 98 y 99).

Ello no puede ser de otra manera, toda vez que la mayoría de los contratos que ofrecen o comercializan las empresas aseguradoras imponen una cláusula de exclusión o limitación en los casos de enfermedades preexistentes, en consecuencia, para que éstas gocen de plena validez y eficacia deben realizar los exámenes médicos pertinentes y suministrar al asegurado un formulario de declaración de salud, a los fines de dar respuesta a las interrogantes médicas sobre antecedentes patológicos de difícil demostración práctica.

En este sentido, resulta oportuno destacar que la jurisprudencia del Tribunal Español ha señalado que el carácter abusivo de estas cláusulas está

dado porque a través de la misma la empresa se reserva y se irroga la potestad de excluir a un afiliado o bien negarle una prestación que debería estar cubierta, argumentando que posee una “enfermedad preexistente” a su ingreso, definiendo la propia empresa en forma unilateral el carácter de preexistente y sea esta patología conocida o no por el afiliado.

Señala el citado Tribunal que ‘A su vez esta cláusula crearía una supuesta ‘obligación’ en el beneficiario de declarar enfermedades o lesiones pre-existentes no conocidas a su ingreso y, asimismo las declare o no y las conozca o no, queda excluida la responsabilidad de la prestadora quien no va a dar cobertura a las prestaciones que de ella se deriven o bien le va a dar de baja al afiliado.’

Así, ya en un fallo del año 1989 del referido Tribunal estableció: ... ‘El concepto de ‘preexistencia conocida o no’ es de una latitud tal que podría involucrar enfermedades pretéritas curadas, otras desconocidas, enfermedades con sintomatología anterior a la incorporación que vinieron a evolucionar después en sus exteriorizaciones. Generalmente, el origen de las patologías es muy anterior en la mayoría de los casos, salvo accidente, y como las enfermedades tienen un curso prolongado, hasta genético a veces, serían muy poco los asociados admisibles. De ahí que el alcance de la cláusula no debe determinarse en forma tal que perjudique a la parte que no la predispuso, pues se trata de un reglamento general tipificado y predispuesto por la entidad, siendo razonable inclinarse por los límites de sus significado, en beneficio del adherente.’ (CN Civ, Sala C, 4/7/89 ‘Pitluk, J C/ Cooperativa de medicina Intej Ltda. S/Sumario’). (Ver. www.consumocuidado.gba.gov.ar/downloads/med_prepara_fund_clausula%20abusiva1.rtf).

De ahí es criterio de esta Corte la interpretación restrictiva que se le debe dar a estas cláusulas, visto que el alcance de las mismas no deben determinarse en forma tal que perjudiquen a la parte que no la predispuso, de tal manera que recaer sobre la empresa aseguradora -por ser esta última la que está en mejores condiciones técnicas que el paciente- investigar y

determinar la ‘pre-existencia’ de una enfermedad, a través de los exámenes médicos, chequeos y demás análisis que estime pertinente, siendo impropio la liberación de tal responsabilidad amparándose en cláusulas limitativas de responsabilidad entre las cuales merece la pena mencionar aquellas con definiciones genéricas, cláusulas en las que la compañía se reserva la demostración de la preexistencia de enfermedad o que la misma es congénita, cláusulas en las cuales la empresa se irroga la potestad de excluir cualquier enfermedad que considere preexistente o congénita, cláusulas en las que se excluye al asegurado por enfermedades no conocidas por éste, ni médicamente diagnosticadas.

De igual manera, esta Corte al analizar diversas legislaciones dejó asentado lo siguiente:

“Estos mismos criterios han sido analizados en otras legislaciones, así la doctrina española ha señalado que ‘el tomador tiene la obligación de declarar las enfermedades y demás antecedentes médicos que tenga cuando se le pregunte por ellos. Es decir, si no se le pregunta al respecto, no tiene que responder, no actúa de mala fe quien no contesta lo que no se le pregunta. La compañía aseguradora tiene derecho a pedir al asegurado que se someta a un examen médico para comprobar su estado de salud y así poder decidir si le asegura o no, y en el primer caso la prima que le corresponda; ahora bien, si desiste de requerirle para que se someta a ese reconocimiento para ahorrarse costes, es su problema, no del asegurado, porque implícitamente está aceptando que el goza de buena salud.’ (Vid. Ballesterro Garrido, José Antonio. Artículo sobre el Seguro de Vida. www.rankia.com/articulos).

Conforme a lo expuesto, para que las compañías aseguradoras eviten tener que cubrir la contingencia del asegurado, la única posibilidad es haberlo sometido a un examen médico antes de suscribir el contrato, si no lo hizo, o lo hizo pero no se llegó a descubrir esa enfermedad, deberán éstas aceptar el riesgo.

•••••
**TEMA: CARGA PROBATORIA EN LOS CASOS DE
PREEXISTENCIA DE ENFERMEDADES**

Máxima: correspondería a la empresa cargar con la prueba de que el asociado conocía su afección y que la ocultó dolosamente.

Máxima: cuando uno de los litigantes se encuentra en una posición dominante en relación con el material probatorio su deber procesal de colaboración se acentúa al punto de atribuírsele una carga probatoria más rigurosa que a su contraparte.

Máxima: las compañías aseguradoras que pretendan alegar la presencia de una enfermedad preexistente como causa de exclusión en las póliza de seguro o someter al asegurado a plazos de espera para el goce de las coberturas establecidas en las mismas, deberán comprobar con anterioridad a la contratación la situación física del asegurado, dejar predeterminado en la correspondiente póliza las enfermedades diagnosticadas o declaradas por el mismo y, además, demostrar al momento de la ocurrencia del siniestro la relación de causalidad directa entre éste y la enfermedad preexistente diagnosticada y contenida en el contrato.

EXTRACTO:

Sobre el tema, la Cámara de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, ha dictaminado sobre el tema lo siguiente:

Para juzgar como falsa o inexacta la declaración del denunciante,

hubiera sido exigible la presencia de un profesional para facilitar el entendimiento del cuestionario de la solicitud en el momento de contestar las diferentes patologías detalladas. Correspondería a la empresa cargar con la prueba de que el asociado conocía su afección y que la ocultó dolosamente. No todo ocultamiento puede ser considerado como doloso ya que puede ocurrir que éste se deba a la carencia de conocimientos médicos de una persona profana en esa materia. No puede exigirse al hombre común que relacione el malestar que lo aqueja o aquejó en algún momento con los síntomas y signos propios de alguna enfermedad. Distinto es el caso cuando las particulares circunstancias de la afección hacen que sea imposible su desconocimiento por parte del paciente. Cuando uno de los litigantes se encuentra en una posición dominante en relación con el material probatorio su deber procesal de colaboración se acentúa al punto de atribuírsele una carga probatoria más rigurosa que a su contraparte. Es irrazonable pretender el ejercicio de la cláusula del contrato que prevé la baja por ocultamiento de información habiendo sido admitido ya como afiliado. La falta de detección de la patología que padecía el consumidor solo resulta imputable a la apelante, ya que es quien disponía de los medios para obtener un diagnóstico certero respecto del estado de salud del consumidor. No se trata de consagrar la obligación legal de realizar un examen riguroso para todos los eventuales interesados en ingresar al plan de salud, sino de evitar que la falta de diligencia y previsión de la empresa de medicina pre-paga derive en un perjuicio para el particular, a quien no le era exigible denunciar una patología que no sabía (ni podía saber con seguridad) que padecía.” (Fallo: W.A.N.c/ Qualitas Medica S.A.s/daños y perjuicios) (Subrayado y negrillas de esta Corte)

Conforme a lo expuesto, para que las compañías aseguradoras eviten tener que cubrir la contingencia del asegurado, la única posibilidad es haberlo sometido a un examen médico antes de suscribir el contrato, si no lo hizo, o lo hizo pero no se llegó a descubrir esa enfermedad, deberán éstas aceptar el riesgo.

Conforme el criterio precedentemente citado, a juicio de esta Corte las compañías aseguradoras que pretendan alegar la presencia de una enfermedad preexistente como causa de exclusión en las póliza de seguro o someter al asegurado a plazos de espera para el goce de las coberturas establecidas en las mismas, deberán comprobar con anterioridad a la contratación la situación física del asegurado, dejar predeterminado en la correspondiente póliza las enfermedades diagnosticadas o declaradas por el mismo, y además demostrar al momento de la ocurrencia del siniestro la relación de causalidad directa entre éste y la enfermedad preexistente diagnosticada y contenida en el contrato. (Negritas de quien suscribe).

Así pues, entre la enfermedad que le ha sido diagnosticada al asegurado antes del contrato de seguro y el siniestro alegado por la aseguradora como causa de exclusión o restricción de las coberturas señaladas en las pólizas de seguros, tendrá que existir una relación directa de causalidad en la cual se demuestre que fue la enfermedad preexistente la que provocó el siniestro padecido por el asegurado.

Tal argumentación tiene su razón de ser en que las compañías aseguradoras no pueden pretender aducir el padecimiento de una enfermedad preexistente como causa genérica para excluir los siniestros que hayan sufridos los asegurados dentro de los plazos de espera establecidos, y por ende el pago de las indemnizaciones debidamente estipulados en el contrato de seguro.

En tal sentido, a juicio de este Órgano Jurisdiccional resulta abusiva aquella cláusula que englobe como preexistente una universalidad de enfermedades no diagnosticadas ni declaradas al momento de la suscripción del contrato de seguro como lo hizo la aseguradora, más aún cuando el asegurado no tiene conocimiento alguno de tales enfermedades y la compañía aseguradora no realizó los exámenes médicos pertinentes, a los fines de diagnosticar previo a la suscripción del contrato cuáles enfermedades preexistentes padecía el usuario y sus beneficiarios.

• • • • •
**TEMA: PRUEBA DE LA ENFERMEDAD PREEXISTENTE.
NULIDAD DE UNA CLÁUSULA ABUSIVA. DOLO O CULPA
GRAVE**

Máxima: la preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o, en su defecto, la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno. Por tal motivo, será nulas por abusivas, las cláusulas que dispongan lo contrario.

Máxima: es de suma importancia a los fines de determinar la existencia de dolo o culpa grave, saber si la persona que rellena la declaración de salud, fue el propio asegurado o un mediador de la compañía aseguradora, toda vez que no habrá lugar a la existencia de los mismos cuando el asegurado se limitó a firmar un cuestionario relleno por un corredor de seguro.

EXTRACTO:

En este orden, el artículo 9 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro prevé lo siguiente:

“Artículo 9. Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los aseguradores o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactarán en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones”.

• • •

Así pues, con base a los principios constitucionales y legales que rigen nuestro ordenamiento jurídico, esta Corte considera que si bien el asegurado se encuentra en la obligación de declarar con sinceridad aquellas circunstancias para apreciar la extensión de los riesgos en el contrato de seguro, las empresas aseguradoras que aleguen una enfermedad preexistente, deberán probar tal circunstancia de manera clara, precisa y detallada con anterioridad a la contratación de la póliza.

En tal sentido, se observa que el legislador patrio ha articulado el principio de protección a los consumidores como garantía ante posibles abusos por parte de las compañías, de modo que las condiciones claramente lesivas para el consumidor no son válidas aunque hayan sido firmadas.

Conforme a lo expuesto, “(...) la sanción de cláusulas abusivas es la nulidad de carácter parcial, que deja eficaz el resto del contrato”, no obstante, es conveniente acotar que en aquellos casos en que el contrato no pueda subsistir sin las cláusulas abusivas se admite con carácter excepcional su nulidad, así como también, cuando la nulidad conduzca a una inversión de la situación y haga gravemente onerosa la situación del predisponente. (Vid. Luis Díez-Picazo y Ponce de León. *Las Condiciones Generales de la Contratación y Cláusulas Abusivas*. Editorial Civitas. Pág. 43).”

Con fundamento en las consideraciones expuestas, estima la Corte que al establecer el mencionado Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, debe ser interpretada en el sentido de que esa preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o en su defecto la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno y en consecuencia, esta Corte advierte que son nulas, por abusivas (...) la empresa sólo se podría eximir cuando el usuario del servicio declare expresamente

las enfermedades, padecimientos o malformaciones, o que aún no declarándolas al momento de suscripción del contrato, la empresa demuestre fehacientemente que el contratado las conocía o cuando el prestador del servicio (Sanitas) practique antes de su suscripción todos los exámenes médicos necesarios para la determinación de las enfermedades, padecimientos o malformaciones”. Así se declara.



Es evidente que cuando el asegurado, faltando a la buena fe contractual, incumple su obligación de declarar si padece o no una determinada enfermedad cuando suscribe un contrato de seguro médico, tal proceder si se califica de doloso o de culpa grave, teniendo en cuenta que tal omisión pueda causar un perjuicio tal a la compañía aseguradora, puede ésta quedar liberada de responsabilidad toda vez que de haber conocido dicha enfermedad, no habría contratado con el afiliado.

En tal sentido, visto la existencia de patologías de difícil demostración práctica, debe el asegurado suministrar toda la información solicitada por la aseguradora acerca de su estado de salud, a los fines de que ésta pueda evaluar debidamente el riesgo que asume al contratar, así como fijar la prima a pagar y la cobertura de la póliza.

No obstante lo expuesto, esta Corte consciente de la posible carencia de conocimientos médicos de una persona que pretende suscribir un contrato de seguro médico, considera exigible la presencia de un profesional para facilitar el entendimiento de la preguntas formuladas por las aseguradoras en el momento de contestar las diferentes patologías detalladas en las pólizas de seguros.

Igualmente, constituye de gran relevancia a los fines de determinar la existencia de dolo o culpa grave, la persona que rellena la declaración de salud, esto es sí fue el propio asegurado o un mediador de la compañía aseguradora, toda vez que no habrá lugar a la existencia de los mismos

cuando el asegurado se limitó a firmar un cuestionario relleno por un corredor de seguro.

.....
TEMA: PRESUNCIÓN DE INOCENCIA E INVERSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA

Máxima: la violación al derecho a la presunción de inocencia se originará cuando al momento de comenzar la investigación administrativa se trate, se juzgue o se precalifique como culpable a alguna persona sin un debido procedimiento, con observancia de las reglas y cargas probatorias que en virtud del principio bajo análisis son necesarias respetar y asumir.

Máxima: el hecho de que la Administración tenga la carga de probar los hechos con base a los cuales considera que es procedente la aplicación de la sanción correspondiente, no implica que el administrado no tenga la carga de traer al expediente administrativo, pruebas que permitan evidenciar ante la Administración, la licitud de su actuación.

Máxima: cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

EXTRACTO:

Sostuvieron los apoderados judiciales de la sociedad mercantil recurrente

que se incurrió en la violación de la presunción de inocencia e inversión de la carga de la prueba “[...] ya que la sanción impuesta por el INDECU no está basada en actos incriminadores de la conducta reprochada. De hecho, no se reflejan en la Resolución Recurrida, medios de prueba con base a los cuales el INDECU determinó el supuesto incumplimiento de SANITAS de ‘prestar sus servicios de asistencia médica’.

En este caso, por tanto, el INDECU no ha comprobado tal incumplimiento, sino por el contrario, se pretende que SANITAS desvirtúe tal imputación, es decir, compruebe su inocencia. Es evidente asimismo que la ausencia de pruebas en este caso, no se tradujo en un pronunciamiento absolutorio, sino por el contrario, sin valoración probatoria de ningún tipo, se impuso una sanción que afecta los derechos de [su] representada”.



En relación al derecho a la presunción de inocencia, esta Corte en sentencia N° 2009-0070 de fecha 3 de febrero de 2009 (caso: Juan Gómez y Raquel Dalila Blanco Natera), señaló lo siguiente:

“(...) la presunción de inocencia es entendido como el derecho que tiene toda persona de ser considerada inocente mientras no se pruebe lo contrario, el cual formando parte de los derechos, principios y garantías que son inmanentes al debido proceso, que la vigente Constitución de la República Bolivariana de Venezuela consagra en su artículo 49 a favor de todos los ciudadanos, el cual exige en consecuencia, que tanto los órganos judiciales como los de naturaleza administrativa deban ajustar sus actuaciones a lo largo de todo el procedimiento de que se trate, de tal modo que ponga de manifiesto el acatamiento o respeto del mismo. (Vid. Sentencia de la Sala Político Administrativa del Tribunal Supremo de Justicia N° 00686, del 8 de mayo de 2003, caso: Petroquímica de Venezuela S.A.).

En esos términos se consagra el derecho a la presunción de inocencia, cuyo contenido abarca tanto lo relativo a la prueba y a la carga probatoria, como lo concerniente al tratamiento general dirigido al imputado a lo del procedimiento. Por tal razón, la carga de la prueba sobre los hechos constitutivos de las pretensiones sancionadoras de la Administración, recae exclusivamente sobre ésta, y sólo puede entenderse como prueba la practicada durante un procedimiento, bajo la intermediación del órgano decisor y la observancia del principio de contradicción. De manera que la violación al aludido derecho se produciría cuando del acto de que se trate se desprenda una conducta que juzgue o precalifique como ‘culpable’ al investigado, sin que tal conclusión haya sido precedida del debido procedimiento, en el cual se le permita al particular la oportunidad de desvirtuar los hechos imputados.

En consecuencia, de la sentencia antes mencionada, se deja claro que la violación al derecho a la presunción de inocencia se originará cuando al momento de comenzar la investigación administrativa se trate, se juzgue o se precalifique como culpable al recurrente, sin un –debido- procedimiento con observancia de las reglas y cargas probatorias que en virtud del principio bajo análisis son necesarias respetar y asumir.



A mayor abundamiento y con el objeto de reforzar la línea de consideraciones que permiten a esta Corte desestimar la denuncia bajo examen, la Sala Político Administrativa, en sentencia N° 00569 de fecha 24 de abril de 2007, refiriéndose al principio de la presunción de inocencia y la inversión de la carga de la prueba en los procedimientos administrativos en general (incluido por tanto el sancionatorio), señaló lo siguiente:

“la accionante no logró demostrar no haber incurrido en el incumplimiento de sus obligaciones como proveedora de servicios, establecidas en el artículo 15 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, a pesar de que tuvo oportunidad de formular sus alegatos y traer pruebas en su defensa, sin que ello implique, como lo afirma

erradamente la parte actora, que se haya invertido la carga de la prueba ya que como lo ha precisado esta Sala en su jurisprudencia “... el hecho de que la Administración tenga la carga de probar los hechos con base a los cuales considera que es procedente la aplicación de la sanción correspondiente, no implica que el administrado no tenga la carga de traer al expediente administrativo, pruebas que permitan evidenciar ante la Administración, la licitud de su actuación...”. (Sent de la SPA N° 0378 de fecha 21 de abril de 2004, caso: Multinacional de Seguros).”

De lo antes expuesto, esta Corte observa que la recurrente durante el lapso fijado por el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) (hoy INDEPABIS) para que la sociedad mercantil Sanitas Venezuela S.A. presentara los argumentos y pruebas para su defensa, no consignando, a juicio de la autoridad administrativa, elemento alguno que desvirtuara los hechos denunciados, a pesar de que la jurisprudencia ha establecido que de su parte también debe existir actividad probatoria que compruebe la sujeción legal de su conducta, en tanto que no podría esperar pretender ser eximido de hechos irregulares si no coadyuva, a través de la defensa correspondiente, en la aclaratoria y desestimatoria de los mismos.

Aunado a lo anterior, esta Corte observa, tal como lo señaló precedentemente, que si bien no está controvertido el padecimiento de la ciudadana Arminda Pérez de Montana, no es menos cierto que no existen elementos suficientes para establecer con certeza el carácter de preexistencia de dicha enfermedad, toda vez que la sociedad mercantil Sanitas Venezuela S.A., no consignó ni en sede administrativa ni ante esta instancia jurisdiccional ningún elemento probatorio que pudiera determinar la preexistencia de la dicha enfermedad.

En tal sentido, a criterio de esta Corte correspondía a la sociedad mercantil Sanitas Venezuela S.A., la carga probatoria de demostrar si la enfermedad de la ciudadana Arminda Pérez de Montana era preexistente previa

a la contratación, a través de los exámenes médicos, chequeos y demás análisis previos al siniestro presentado por dicha ciudadana, siendo impropio la liberación de tal responsabilidad amparándose en cláusulas abusivas como la estipulada en la cláusula 1.3 del contrato de prestación de asistencia médica denominado “CONTRATO FAMILIAR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA”, la cual constituye una forma de eludir su responsabilidad.

En este orden, es menester traer nuevamente a colación el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, el cual establece en cuanto a la carga probatoria en estos casos lo siguiente:

Artículo 116. Se entiende por preexistencia toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado un contrato de seguros de hospitalización, cirugía y maternidad y que sea conocida por el tomador, asegurado o el beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubren las enfermedades preexistentes.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente. (Destacado de esta Corte).

.....

TRIBUNAL: Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

SENTENCIA: 2010-1777.

FECHA: 24 de noviembre de 2010.

PARTES: Seguros Banvalor, C.A –contra- Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso de Bienes y Servicios (INDEPABIS).

.....

TEMA: RÉGIMEN DE INTERVENCIÓN Y LOS PROCESOS JUDICIALES

Máxima: la Ley de la Actividad Aseguradora de 2010, establecía que durante el régimen de intervención, y hasta tanto éste culmine, queda suspendida toda medida judicial preventiva o de ejecución en contra de la empresa intervenida y no podrá continuarse ninguna acción de cobro, salvo que ella provenga de hechos derivados de la intervención.

Máxima: cuando los procesos judiciales no van dirigidos en contra de las sociedades mercantiles intervenidas, no existe mandato expreso en la legislación que ordene suspender el proceso judicial de cobro.

EXTRACTO:

El objeto del presente recurso contencioso administrativo de nulidad presentado por los abogados Ricardo Antela Garrido, Pablo A. Benavente Martínez, Frederick Cabrera, Alain Bizet y Daniela Arévalo, actuando con el carácter de apoderados judiciales de la sociedad mercantil SEGUROS BANVALOR, C.A., lo constituye la Resolución s/n de fecha 24 de octubre de 2007, emanada del Consejo Directivo del INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y DEL USUARIO (INDECU), –hoy INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS)- mediante la cual se declaró sin lugar el recurso jerárquico presentado por su representada ante ese Consejo Directivo, por medio del cual se confirmó el acto administrativo de fecha 14 de abril de 2006, que declaró sin lugar el recurso de reconsideración interpuesto por su representada que confirmó en todas y cada una de su partes la decisión tomada en fecha 8 de agosto de 2005, mediante la cual se impuso una multa a su representada de dos mil cien unidades tributarias (2.100 UT) por la presunta infracción de los artículos 18 y 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.

Punto Previo:

Se observa que la sociedad mercantil que figura como accionante en el presente juicio, es la entidad aseguradora SEGUROS BANVALOR, C.A., la cual se encuentra en proceso de intervención de acuerdo a la Resolución N° FSS-2002716 dictada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, publicada en Gaceta Oficial N° 39.516 de fecha 23 de septiembre de 2010, que señaló lo siguiente:

“Primero: intervenir de conformidad con el artículo 99 numeral 2 de la Ley de la Actividad Aseguradora a la Empresa Seguros Banvalor C.A. (...)”.

Motivo por el cual, debe precisarse antes de proceder a resolver el fondo del asunto, si de acuerdo a las disposiciones especiales que regulan este tipo de medidas, es necesario decretar la suspensión de la presente causa, o si por el contrario, la acción ejercida en este caso puede continuar.

En ese sentido, es necesario observar lo siguiente:

La Ley de la Actividad Aseguradora, publicada en Gaceta Oficial N° 39.481, de fecha 5 de agosto de 2010, establece en el artículo 101 lo siguiente:

Artículo 101: Durante el régimen de intervención, y hasta tanto éste culmine, queda suspendida toda medida judicial preventiva o de ejecución en contra de la empresa intervenida y no podrá continuarse ninguna acción de cobro, salvo que ella provenga de hechos derivados de la intervención.

Ordenada la intervención, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora notificará a la Dirección de Registros y Notarías del Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de relaciones interiores y de justicia, a los fines de evitar la autenticación o protocolización de actos de

enajenación o gravamen de bienes, sin la previa autorización del órgano regulador de la actividad aseguradora”.

En aplicación de la norma anteriormente citada, se desprende que en casos como el de autos, en el cual figura la sociedad mercantil intervenida como accionante, es decir, en el cual la acción no va dirigida en su contra, no existe mandato expreso en la legislación especial aludida, que ordene suspender el proceso judicial de cobro instaurado por la sociedad mercantil intervenida, por cuanto la suspensión de medidas, bien sean preventivas o ejecutivas tiene lugar, exclusivamente cuando la acción de cobro o medidas, estén dirigidas contra de la sociedad mercantil, o ente intervenido, supuesto distinto al caso de autos.

Ante las argumentaciones planteadas, entiende esta Corte que en el presente juicio, no están dados los supuestos legales que hacen necesaria la suspensión del presente proceso judicial, ante la intervención de la cual es objeto la sociedad mercantil accionante, pues se trata de una acción de nulidad incoada por Seguros Banvalor, C.A., en contra de una Resolución emanada del Consejo Directivo INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y DEL USUARIO (INDECU), –hoy INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS). Así se establece.

.....

TEMA: PRINCIPIO DE LEGALIDAD

Máxima: el principio de legalidad en su vertiente material, contiene dos mandatos o preceptos concretos, el primero, de carácter estático, conocido como mandato de taxatividad y predeterminación de las sanciones, que supone que la norma sancionadora cumpla con tres requisitos específicos i) que sea previa a la ocurrencia del hecho, ii) cierta en cuanto a su contenido y iii) escrita; y el segundo, de carácter dinámico, que no es más que la

necesidad de que los hechos sancionados por la Administración se encuentren en perfecto acomodo con los tipos previstos en la norma sancionadora.

Máxima: la sanción estará bien aplicada en la medida y sólo en la medida en que exista correspondencia literal, lógica y, por supuesto, axiológico-constitucional, entre los hechos y la norma.

EXTRACTO:

Señalaron los apoderados judiciales de Seguros Banvalor, C.A., que el entonces Instituto de Protección al Consumidor y al Usuario (INDECU), violentó el debido procedimiento, toda vez que transgredió la garantía que prevé el numeral 6 del artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, denominada principio de tipicidad, dado que el artículo 122 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, sanciona a fabricantes e importadores de bienes, lo que excluye el presente caso por cuanto versa sobre un contrato de seguro, asimismo, que el artículo 18 eiusdem no se encuentra inmerso dentro de los tipos sancionables que establece el referido artículo, igualmente que el artículo 92 eiusdem, no prevé ningún tipo sino que ratifica el principio general de responsabilidad ya contemplados en el Código Civil, de tal forma que, mal pudo haberse sancionado a su representada con la sanción prevista en el artículo 122 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, cuando la conducta en la que supuestamente se encuadró la actuación de su representada, no está sancionada por el referido artículo.

Con relación a la denuncia de una supuesta violación del principio de tipicidad por parte del otrora Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario, es conveniente indicar lo siguiente: El principio de tipicidad o principio de legalidad en su vertiente material, consagrado en el artículo 49 constitucional, contiene dos mandatos o preceptos concretos, el primero, de carácter estático, conocido como

mandato de taxatividad y predeterminación de las sanciones, que supone que la norma sancionadora cumpla con tres requisitos específicos, que sea previa a la ocurrencia del hecho, cierta en cuanto a su contenido y escrita; y el segundo, de carácter dinámico, que no es más que la necesidad de que los hechos sancionados por la Administración se encuentren en perfecto acomodo con los tipos previstos en la norma sancionadora.

Pues bien, para conocer si, en efecto, ha operado la referida vulneración es preciso analizar con detalle el proceso hermenéutico desarrollado por la Administración al momento de aplicar la sanción y verificar si existe la mencionada correspondencia o acomodo entre el tipo sancionado y la sanción impuesta, dicho análisis debe efectuarse sobre la base de los criterios aceptados por la comunidad jurídica y, en concreto, de la exigencia de una aplicación previsible de la norma. (Manuel Rebollo Puig y otros, *Derecho Administrativo Sancionador*, Valladolid: Lex Nova, primera edición, 2010, pp. 159 a165).

Especialmente expresiva, resulta a este respecto la sentencia N° 196/2002 del Tribunal Constitucional Español, de 28 de octubre de 2002, en la que se dijo: “Por lo que a la validez constitucional de la aplicación de las normas sancionadoras se refiere, ésta depende tanto del respeto al tenor literal del enunciado normativo, que marca en todo caso una zona indudable de exclusión de comportamientos, como de su previsibilidad (...) hallándose en todo caso vinculadas por los principios de legalidad y de seguridad jurídica (...) que conlleva la evitación de resoluciones que impidan a los ciudadanos `programar sus comportamientos sin temor a posibles condenas por actos no tipificados previamente’ (...). Concretamente, la previsibilidad de tales decisiones debe ser analizada desde las pautas axiológicas que informan nuestro texto constitucional y conforme a modelos de argumentación aceptados por la propia comunidad jurídica (...)”.

Así pues, tenemos que la sanción estará bien aplicada en la medida y sólo en la medida en que exista correspondencia literal, lógica y, por supuesto, axiológico-constitucional, entre los hechos y la norma.

En el caso de marras, en lo que respecta al respeto del tenor literal del enunciado normativo, es preciso señalar que el otrora Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario invocó como fundamento de la sanción aplicada a la accionante, los artículos 18, 92 y 122 de la derogada Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, aplicable *ratione temporis*.

Por lo anterior, esta Corte considera infundada la denuncia efectuada por los apoderados judiciales de la parte actora, respecto a que hubo violación del principio de tipicidad. Así se decide.

.....
TEMA: VICIO DE INMOTIVACIÓN Y FALSO SUPUESTO

Máxima: alegar paralelamente los vicios de inmotivación y falso supuesto se traduce en una contradicción o incompatibilidad cuando lo argüido respecto a la motivación del acto es la omisión de las razones que lo fundamentan, pero no en aquellos supuestos en los que lo denunciado es una motivación contradictoria o ininteligible, pues en estos casos sí se indican los motivos de la decisión (aunque con los anotados rasgos), resultando posible entonces que a la vez se incurra en un error en la valoración de los hechos o el derecho expresados en ella.

Máxima: la existencia simultánea de los vicios de falso supuesto e inmotivación es admisible o viable, solo cuando la motivación es contradictoria o ininteligible; es decir, cuando el acto haya expresado las razones que lo fundamentan pero en una forma que incide negativamente en su motivación, haciéndola incomprensible, confusa o discordante.

EXTRACTO:

Ahora bien, de la lectura del acto administrativo impugnado así como del expediente administrativo se observa que efectivamente la autoridad administrativa en el acto administrativo primigenio de fecha 8 de agosto de 2005, dentro de su motivación hizo referencia al artículo 548 del Código de Comercio, el cual, como bien lo apunta la parte actora, quedó derogado en virtud de la entrada en vigencia del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro (publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 del 12 de noviembre de 2001), no es menos cierto, que la fundamentación legal de dicho acto se basó principalmente en la trasgresión de los 18 y 92 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.

De manera que, el haber hecho referencia -el acto administrativo- al artículo 548 del Código de Comercio, lo cual efectivamente fue un error de la Administración, en nada invalida su contenido.

De la inmotivación de la decisión respecto del monto de la multa.

Denunciaron los apoderados judiciales de la parte actora, que el entonces Instituto de Protección al Consumidor y al Usuario, no expuso las razones por las cuales determinó el monto de la multa impuesta, siendo que además se excedió del término medio entre la multa menor y la mayor que prevé el artículo 122 de la derogada Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, imponiendo una multa desproporcionada.

Por otra parte, la recurrente señaló que la Administración incurrió en inmotivación en cuanto al monto de la sanción impuesta ya que no señaló expresamente, ni se desprenden del expediente administrativo los elementos de juicio en que se basó para fijar la multa en el monto medio de la sanción, limitándose a citar el artículo 37 del Código Penal, obviando que éste también impone como criterio la valoración y ponderación de

las circunstancias atenuantes y agravantes, por lo cual la pena media no resulta ser necesariamente la sanción adecuada, racional y proporcional. Conforme se desprende de los fundamentos esbozados por la actora en el escrito recursivo, se observa que ésta alegó simultáneamente la existencia del vicio de falso supuesto y de inmotivación.

(...) la inmotivación (tanto de los actos administrativos como de las sentencias) no sólo se produce cuando faltan de forma absoluta los fundamentos de éstos, sino que puede incluso verificarse en casos en los que habiéndose expresado las razones de lo dispuesto en el acto o decisión de que se trate, éstas, sin embargo, presentan determinadas características que inciden negativamente en el aspecto de la motivación, haciéndola incomprensible, confusa o discordante. Por ende, la circunstancia de alegar paralelamente los vicios de inmotivación y falso supuesto se traduce en una contradicción o incompatibilidad cuando lo argüido respecto a la motivación del acto es la omisión de las razones que lo fundamentan, pero no en aquellos supuestos en los que lo denunciado es una motivación contradictoria o ininteligible, pues en estos casos sí se indican los motivos de la decisión (aunque con los anotados rasgos), resultando posible entonces que a la vez se incurra en un error en la valoración de los hechos o el derecho expresados en ella”.

Se desprende del fallo parcialmente transcrito, que la posibilidad de la existencia simultánea de los vicios de falso supuesto e inmotivación es admisible o viable, cuando los argumentos respecto al último de los vicios antes mencionados, no se refieran a la omisión de las razones que fundamentan el acto, sino que deben estar dirigidos a dar una motivación contradictoria o ininteligible; es decir, cuando el acto haya expresado las razones que lo fundamentan pero en una forma que incide negativamente en su motivación, haciéndola incomprensible, confusa o discordante.

En el caso bajo examen se advierte que la parte recurrente denuncia que el acto administrativo impugnado está viciado de inmotivación, pero circunscribiendo su alegato a uno de los aspectos del acto recurrido, esto es,

en lo relativo a los fundamentos para fijar el monto de la sanción impuesta, por lo que no presenta contradicción con el vicio de falso supuesto por errónea aplicación de normas, y en consecuencia se pasa a analizar el vicio de inmotivación denunciado.

.....
**TEMA: LÍMITES A LAS POTESTADES DISCRECIONALES
DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

Máxima: cuando la autoridad competente está facultada para imponer una sanción, deberá hacerlo atendiendo al supuesto de hecho y fines de la norma, guardando una debida relación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción a ser aplicada.

EXTRACTO:

Así tenemos, que la denuncia de inmotivación efectuada por la parte actora está apoyada en la falta de proporcionalidad del acto administrativo impugnado. Al respecto, es de destacar que la proporcionalidad se encuentra prevista en el artículo 12 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, que establece lo que sigue:

“Artículo 12. Aun cuando una disposición legal o reglamentaria deje alguna medida o providencia a juicio de la autoridad competente, dicha medida o providencia deberá mantener la debida proporcionalidad y adecuación con el supuesto de hecho y con los fines de la norma, y cumplir los trámites, requisitos y formalidades necesarios para su validez y eficacia”.

El citado artículo es un modelo normativo destinado a condicionar mediante la imposición de límites el ejercicio de todas las potestades discrecionales de la Administración. Lo que pretende el legislador es que ese ámbito de libertad, exento de control judicial, es que consiste la discrecio-

nalidad de la Administración, esté sujeto a límites materiales traducidos en la congruencia y la proporcionalidad, que es lo que conoce la doctrina como los hechos determinantes, a límites teleológicos (el fin de la norma), a límites competenciales (autoridad competente), y a límites procedimentales (trámites y formalidades necesarias).

A modo de síntesis, de la citada disposición se desprende que cuando la autoridad competente está facultada para imponer una sanción, deberá hacerlo atendiendo al supuesto de hecho y fines de la norma, guardando una debida relación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción a ser aplicada.

Ahora bien, sobre dicha denuncia es preciso indicar que el artículo 122 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, aplicable *ratione temporis* al caso, prevé una sanción de multa de treinta unidades tributarias (30 UT) a tres mil (3.000 UT) unidades tributarias, de lo que se evidencia que el legislador previó un margen de discrecionalidad para que el operador jurídico, en este caso el Órgano Administrativo, una vez evaluadas de las circunstancias especiales de cada caso impusiera la sanción administrativa, por lo que, resulta lógico pensar que la discrecionalidad en aquellos casos en los cuales haya un amplio margen entre dichas sanciones, la misma aumentará de manera proporcional, tal y como ocurre en el presente caso. Ahora bien, dicho lo anterior se observa de la lectura del acto administrativo impugnado, que el entonces Instituto de Protección al Consumidor y al Usuario (INDECU), impuso a Seguros Banvalor, C.A. una multa de dos mil cien unidades tributarias (2.100 U.T.), de conformidad con el artículo 122 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, artículo que preveía la sanción a la infracción cometida por el recurrente.

De lo anterior, se evidencia que el Órgano Administrativo no actuó de forma desproporcionada ya que en el ejercicio de la potestad sancionadora que detenta, indudablemente se limitó a los parámetros de la norma aplicada, por cuanto -se insiste- se atuvo a los límites que dispone el artículo fundamento de la sanción -artículo 122, imponiendo la sanción, una vez

efectuada la comprobación la falta cometida por Seguros Banvalor, C.A. y exponiendo a lo largo del acto administrativo impugnado las razones de la decisión adoptada.

Por las razones expuestas, esta Corte desestima la denuncia de inmotivación alegada por la representación judicial de Seguros Banvalor, C.A. Así se decide.

.....
**TEMA: CLÁUSULA CONTRACTUAL EXIMIENTE DE
RESPONSABILIDAD DE PAGO DE SINIESTRO**

Máxima: independientemente que el color que aparece en el título de propiedad del vehículo no coincida con el de la póliza, se trata del mismo vehículo declarado como hurtado, conforme a los seriales y placa verificados por la autoridad administrativa sancionante según la documentación existente y que era el que efectivamente estaba asegurado, de manera que la actuación de la sociedad mercantil Seguros Banvalor, C.A., de supeditar el pago de la indemnización a la exigencia de una constancia de cambio de color, cuando no cabe duda alguna que se trata del mismo vehículo y querer atribuir a la ciudadana Soyiner Fernández una falta de diligencia y, por tal motivo no proceder al pago de la indemnización que le corresponde, resulta contrario evidentemente a los principios que exige la derogada Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, de cumplir con la condiciones de prestar un servicio de forma continua regular y eficiente.

Máxima: supeditar el pago de la indemnización que le corresponde hasta tanto consigne la constancia del cambio de color, obviamente va en detrimento de los dere-

chos de la prenombrada ciudadana, quien constituye el débil jurídico en la presente relación, dado que existe una evidente desigualdad económico-social en virtud de la cual no hay discusión ni negociación, sino mera adhesión.

Máxima: siendo esto así, la sociedad mercantil Seguros Banvalor, C.A., no podía eximirse de la obligación de indemnizar a la ciudadana Soyiner Fernández por el hurto del vehículo de su propiedad, imputando ello a la falta de presentar la constancia de cambio de color del vehículo, más aun cuando al momento de contratar la póliza de seguro dicha constancia no le fue solicitada.

EXTRACTO:

Argumentaron los apoderados judiciales de la parte actora, que el acto administrativo impugnado se basó en hechos falsos, dado que no es cierto que haya habido un error de forma en la póliza, asimismo, que el entonces Instituto de Protección al Consumidor y al Usuario (INDECU) expuso que el color del vehículo objeto del presente caso, es una parte accesorio del mismo, mientras que los seriales, la marca y el modelo no podrían ser cambiados.

Denunciaron, que el Órgano Administrativo afirmó que su representada pretendía exonerarse de indemnizar a la ciudadana Soyiner Fernández, cuando lo cierto es que el trámite se encuentra suspendido, hasta tanto la prenombrada ciudadana presente el título de propiedad del vehículo identificado con el color verde, dado que es una exigencia derivada de la Ley de Tránsito, aplicable *ratione temporis* al caso conforme al artículo 34 y 21 de su Reglamento.

Sobre el falso supuesto de hecho, es de señalar que en reiteradas oportunidades se ha establecido que dicho vicio se verifica cuando la Administra-

ción al dictar un acto, fundamenta su decisión en hechos, acontecimientos o situaciones que no ocurrieron o que se verificaron de modo distinto a aquél que apreció el órgano administrativo.

Ahora bien, a los efectos de determinar si el otrora Instituto de Protección al Consumidor y al Usuario (INDECU), efectivamente falseó los hechos y si tal actuación es capaz de generar la nulidad del acto administrativo impugnado, pasa esta Corte a efectuar un breve análisis de la situación.

Así pues, de la revisión del expediente administrativo esta Corte observa que en efecto el acto administrativo impugnado afirmó “(...) la existencia de un error de forma en la póliza al momento de adquirir la misma por parte del denunciante, toda vez que de dicha adquisición que se realizó en fecha 05-08-2004 y en donde se puede comprobar que la empresa aseguradora a pesar de que el título de propiedad de fecha 04 de marzo de 2002, único certificado que indica las características del vehículo legalmente constituido, el cual fue comprado dos (02) años anterior a la adquisición de la póliza de seguro de vehículos terrestre, se evidencia que el automóvil en cuestión es de color ROJO y NO VERDE, tal y como se encuentre en la póliza antes descrita”. (Mayúsculas del acto impugnado). Al respecto, resulta fundamental señalar que corre al folio siete (7) del expediente administrativo, copia simple cuadro de recibo de póliza de seguro de vehículo de fecha 11 de agosto de 2003, de la que se desprende que el color del vehículo asegurado era verde.

Ahora bien, por otra parte corre al folio 11 del expediente administrativo Certificado de Registro de Vehículo emitido por el entonces Ministerio de Transporte y Comunicaciones, en el cual consta que el color del vehículo asegurado era rojo.

Asimismo, consta en el expediente administrativo al folio cincuenta y uno (51) la declaración del ciudadano Cipriano Mosqueda, actuando con el carácter de representante de la ciudadana Soyiner Fernández, quien expuso “(...) La solicitud hecha por Seguros Banvalor, C.A., que comenta

la representante del mismo es extemporánea por cuanto mi representada aseguró el vehículo con el color verde, por lo que la aseguradora tenía conocimiento del cambio de color (...).

De lo anterior, entiende esta Corte que contrariamente a lo afirmado por el acto administrativo respecto a que hubo un error de forma en la póliza de seguro en cuanto a que el verdadero color del vehículo era rojo, lo cierto es que el color del vehículo al momento de asegurarlo era el verde y de ello estaba en conocimiento Seguros Banvalor, C.A.

Ahora bien, en refuerzo a lo anterior es importante destacar que en el acto de informes orales efectuado en fecha 6 de mayo de 2010, el Juez Emilio Ramos González efectuó una serie de preguntas a la representación judicial de la sociedad mercantil Seguros Banvalor, entre las cuales resulta relevante destacar la siguiente:

Juez Emilio Ramos González: “¿Pareciera que el carro cambio de color, ahora como usted alega en su defensa se trata de un tema de cambio de color ustedes lo que temen es que sea otro carro?”

Representación judicial de Seguros Banvalor, C.A.: “Si claro que no sea el mismo vehículo”.

Juez Emilio Ramos González: “¿Y la empresa no verificó otras medidas, seriales para saber si es el mismo carro?”

Representación judicial de Seguros Banvalor, C.A.: “es que recordemos que la declaración que hace la ciudadana Soyiner Fenández según lo establece el Decreto Ley de Seguro está basado en la buena fe, es decir, que ella tuvo que declarar las características originales, en ese momento (...)”

Juez Emilio Ramos González: “¿Si a través de otros mecanismos se comprobase que es el mismo vehículo ustedes pagarían?”

Representación judicial de Seguros Banvalor, C.A.: “Si, si.”

Juez Emilio Ramos González: “¿Ustedes tienen duda de que no se trate del vehículo?”

Representación judicial de Seguros Banvalor, C.A.: “Sí, sí”.

De lo señalado por la representación judicial de la parte actora se evidencia, que la justificación en el retardo del pago de la indemnización de la póliza, según exponen los recurrentes, se debe a la falta de certeza de que se trate del mismo vehículo, es decir, el hurtado y el asegurado.

Al respecto, es de señalar que de la revisión del expediente administrativo folio once (11) se observa que el carro asegurado corresponde a un vehículo, placa XRZ788, serial de carrocería JT2ST85N1N07173, serial del motor 5S0166546, Marca: Toyota, Modelo: Célica, Año: 1992, Color: rojo Clase automóvil, Tipo coupe, Uso: particular.

Asimismo, consta al folio siete (7) Cuadro/Recibo póliza seguros de vehículo de terrestres, en donde se verifica los datos del vehículo clase automóvil, Marca: Toyota, Modelo: Célica, Año 1992, Color: verde, serial del motor 5S0166546, serial de carrocería JT2ST85N1N07173, Placa XRZ788, uso particular.

De la constatación de tales datos, se verifica que, independientemente que el color que aparece en el título de propiedad del vehículo no coincida con el de la póliza, se trata del mismo vehículo declarado como hurtado, conforme a los seriales y placa verificados por la autoridad administrativa sancionante según la documentación existente y que era el que efectivamente estaba asegurado, de manera que la actuación de la sociedad mercantil Seguros Banvalor, C.A., de supeditar el pago de la indemnización a la exigencia de una constancia de cambio de color, cuando no cabe duda alguna que se trata del mismo vehículo y querer atribuir a la ciudadana Soyiner Fernández una falta de diligencia y, por tal motivo no proceder al pago de la indemnización que le corresponde, resulta contrario evidente-

mente a los principios que exige la derogada Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, de cumplir con la condiciones de prestar un servicio de forma continua regular y eficiente, conforme al artículo 18 eiusdem.

Adicionalmente a lo expuesto, resulta menester destacar que la autoridad que se encuentra en la capacidad de sancionar la supuesta conducta en la que según los dichos de la sociedad mercantil Seguros Banvalor, C.A., incurrió la ciudadana Soyiner Fernández, es el Instituto Nacional de Transporte Terrestre de conformidad con los artículos 34 y 111, por lo que, -se insiste- supeditar el pago de la indemnización que le corresponde a la prenombrada ciudadana por el hurto del vehículo asegurado, hasta tanto consigne la constancia del cambio de color, obviamente va en detrimento de los derechos de la prenombrada ciudadana, quien constituye el débil jurídico en la presente relación, dado que existe una evidente desigualdad económico-social en virtud de la cual no hay discusión ni negociación, sino mera adhesión.



Al respecto, es de señalar que más allá de la interpretación efectuada por el otrora Instituto Autónomo para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU) acerca si el color son características originales de los vehículos, es de resaltar que corre al folio doscientos cinco (205) la “COBERTURA DE PERDIDA (sic) TOTAL SOLAMENTE EN CONDICIONES PARTICULARES”, la cual no existe ninguna cláusula de la que exima la responsabilidad de Seguros Banvalor, C.A., de indemnizar al particular en caso de incumplimiento de la derogada Ley de Tránsito Terrestre. Sobre tal incumplimiento, dicha cobertura sólo previó en la cláusula novena lo siguiente: “Cláusula 9.- Cuando al momento de producirse un siniestro cubierto por esta póliza, el Asegurado, o el conductor del vehículo, autorizado por él. Hubiera infringido las normas de circulación establecidas en el Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre, la Compañía sólo pagará el setenta y cinco por ciento (75%) del monto de la indemnización”.

Siendo esto así, la sociedad mercantil Seguros Banvalor, C.A., no podía

eximirse de la obligación de indemnizar a la ciudadana Soyiner Fernández por el hurto del vehículo de su propiedad, imputando ello a la falta de presentar la constancia de cambio de color del vehículo, más aun cuando al momento de contratar la póliza de seguro dicha constancia no le fue solicitada.

Finalmente, siendo que la parte recurrente del presente recurso contencioso administrativo de nulidad es una sociedad mercantil que desempeña la actividad de seguros, y visto que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora tiene como objeto fundamental la inspección, verificación, fiscalización, supervisión, control y vigilancia previa, concomitante y posterior de ésta actividad, se ordena remitir copia certificada de la presente decisión al mencionado Órgano. Así se declara.

.....

2011



TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00194.

FECHA: 10 de febrero de 2011.

PARTES: Sanitas Venezuela, S.A. contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

.....
TEMA: MEDIDAS CAUTELARES EN EL CONTRATO DE SEGUROS. (REQUISITOS)

Máxima: la medida preventiva de suspensión de efectos procede sólo cuando se verifiquen concurrentemente los supuestos que la justifican, esto es, que la medida sea necesaria a los fines de evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación, o bien para evitar que el fallo quede ilusorio y que, adicionalmente, resulte presumible que la pretensión procesal principal resultará favorable, sin descartarse la adecuada ponderación del interés público involucrado.

EXTRACTO:

Declarada la nulidad del fallo apelado, esta Sala, actuando en su condición de alzada de la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo y con base en lo previsto en el artículo 209 eiusdem, entra a conocer y decidir el mérito de la medida cautelar peticionada, en los términos expuestos a continuación:

La medida cautelar de suspensión de efectos de los actos administrativos que prevé el aparte 21 del artículo 21 de la Ley Orgánica del Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela de 2004, aplicable al caso de autos *ratione temporis*, es una medida preventiva establecida en nuestro ordenamiento jurídico cuya aplicación constituye una excepción al principio de ejecutoriedad del acto administrativo, mediante

el cual se procura evitar lesiones irreparables o de difícil reparación al ejecutarse una eventual decisión anulatoria del acto, toda vez que dicha ejecución podría lesionar la garantía de acceso a la justicia y al debido proceso, consagrados como derechos fundamentales.

Así, la norma mencionada dispone lo siguiente:

“El Tribunal Supremo de Justicia podrá suspender los efectos de un acto administrativo de efectos particulares, cuya nulidad haya sido solicitada, a instancia de parte, cuando así lo permita la Ley o la suspensión sea indispensable para evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación por la definitiva, teniendo en cuenta las circunstancias del caso. A tal efecto, se deberá exigir al solicitante preste caución suficiente para garantizar las resultas del juicio”.

Sobre la base de la disposición legal transcrita, esta Sala ha sostenido que la medida preventiva de suspensión de efectos procede sólo cuando se verifiquen concurrentemente los supuestos que la justifican; esto es, que la medida sea necesaria a los fines de evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación, o bien para evitar que el fallo quede ilusorio y que, adicionalmente, resulte presumible que la pretensión procesal principal resultará favorable, sin descartarse la adecuada ponderación del interés público involucrado.

Significa entonces que, en cada caso, deberán comprobarse los requisitos de procedencia de toda medida cautelar: el riesgo manifiesto de que quede ilusoria la ejecución del fallo y la presunción grave del derecho que se reclama.

En este sentido, el correcto análisis acerca de la procedencia de la medida cautelar solicitada requiere, además de la verificación del *periculum in mora*, la determinación del *fumus boni iuris*, pues mientras aquél es exigido como supuesto de procedencia en el caso concreto, ésta, la presunción grave de buen derecho, es el fundamento mismo de la protección caute-

lar, dado que en definitiva, sólo a la parte que posee la razón en juicio puede causársele perjuicios irreparables que deben ser evitados; bien que emanen de la contraparte o sean efecto de la tardanza del proceso. Consecuentemente, el referido principio se encuentra necesariamente inmerso en las exigencias requeridas en el aparte 21 del artículo antes citado, para acordar la suspensión de efectos, cuando alude la norma en referencia a que la medida será acordada “teniendo en cuenta las circunstancias del caso”.

Establecidos los anteriores lineamientos, pasa este Órgano Jurisdiccional a constatar el cumplimiento de los requisitos anteriormente expuestos en el caso concreto, para lo cual observa:

Mediante la Resolución cuya nulidad se solicita, el Presidente del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a Bienes y Servicios) sancionó a la sociedad mercantil Sanitas Venezuela, S.A. con multa de dos mil doscientas Unidades Tributarias (2.200 U.T.), equivalentes a la cantidad ciento un mil doscientos bolívares fuertes (Bs. F. 101.200,00), por la presunta transgresión de los artículos 18 y 92 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.

Al interponer el recurso contencioso administrativo de nulidad, la representación judicial de la parte recurrente solicitó medida cautelar de suspensión de efectos indicando que la presunción del buen derecho de su mandante se desprende de los vicios de nulidad denunciados, a saber: i) violación al derecho a la defensa; ii) infracción de los principios de legalidad y tipicidad de las sanciones; iii) de proporcionalidad administrativa; iv) falso supuesto de hecho, y v) falso supuesto de derecho.

En cuanto al *periculum in mora* alegó que, “[de] conformidad con la jurisprudencia, se requiere de una situación extrema o presunción grave, cuales, en el caso de las multas, prácticamente la quiebra de la sociedad (o, al menos, el que la multa le produzca un perjuicio económicamente irrepa-

able) para que este requisito se vea satisfecho. Sin embargo, aun cuando en el presente caso la ejecución de una multa de 2.200 UT no representa la quiebra de la empresa o al menos la interrupción del servicio que ofrece, es lo cierto que el contenido de la Resolución Recurrida si afecta de inmediato la reputación e imagen de [su] representada, desde que (...) se estima que SANITAS no informa a sus usuarios de las condiciones aplicables a la relación contractual". (Sic).

Frente a este escenario y una vez revisadas las actas que conforman el presente expediente, observa la Sala que la sociedad de comercio Sanitas Venezuela, S.A., con el fin de acreditar el requisito de procedencia bajo análisis, sólo acompañó copias simples: i) del documento constitutivo estatutario de la sociedad mercantil en cuestión; ii) del instrumento poder que acredita la cualidad con la que actúan sus apoderados judiciales, inscrito ante la Notaría Pública Octava del Municipio Autónomo Chacao del Distrito Metropolitano de Caracas el 16 de septiembre de 2005, bajo el N° 06, Tomo 79; iii) de la Resolución s/n dictada por el Presidente del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario de fecha 2 de junio de 2008, por medio de la cual se impuso a la accionante la multa contra la cual recurre en nulidad, anexa a boletas de notificación dirigidas a dicha empresa y al denunciante en sede administrativa; iv) acta de denuncia signada con las letras y números DEN-005226-2007-0101, levantada por el Instituto recurrido en fecha 25 de julio de 2007; v) contrato familiar de servicios de asistencia médica, cuyos datos de identificación resultan ilegibles, cursante del folio setenta y ocho (78) al ochenta y uno (81); y vi) misivas de fechas 30 de abril de 2004, 14 de febrero y 12 de abril de 2007, dirigidas al ciudadano José Manuel Sánchez García por la Sub-Gerente Médico Nacional de Sanitas Venezuela, S.A.

..... •
**TEMA: DERECHO A LA IMAGEN Y LA IMPOSICIÓN DE
PENAS A LAS EMPRESAS DE SEGUROS**

Máxima: tras la comprobación fáctica de la conducta

castigada por la Ley por alguna empresa de seguros, no puede considerarse la imposición de la mencionada sanción como una violación del derecho al honor y reputación.

EXTRACTO:

Dentro de este contexto, no encuentra esta Sala de la documentación antes descrita indicio o medio de convicción alguno que le haga presumir, prima facie, que la orden de pago contenida en la sanción -multa- impuesta a la empresa accionante en el proveimiento administrativo impugnado, le produciría un daño que no pueda ser reparado por la sentencia definitiva. Antes bien, este Órgano Jurisdiccional aprecia que los apoderados de la recurrente adujeron de forma expresa que “la ejecución de una multa de 2.200 UT no representa la quiebra de la empresa o al menos la interrupción del servicio que ofrece”, aun cuando “sí afecta de inmediato la reputación e imagen de [su] representada”.

En la línea argumentativa, alegaron que “[en] el caso concreto, la Resolución Recurrida incide negativamente en la imagen y reputación de SANITAS desde que por ella cualquier actual o futuro usuario podría estimar erróneamente que quedará sin la prestación del servicio sobrevenidamente, cuando es lo cierto que la extensión y límite del servicio que ofrece esa empresa, se encuentra claramente regulada en el contrato que suscriben ambas partes”. (Mayúsculas y negrillas del original).

Sobre el derecho al honor y a la reputación de los particulares, esta Sala estableció expresamente en sentencia N° 01775 de fecha 7 de noviembre de 2007, caso: Operaciones al Sur del Orinoco, C.A. vs. Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales, criterio reiterado mediante decisión N° 00685 del 5 de junio de 2008, lo siguiente:

“(omissis)

(...) [Lo] determinante a los fines de analizar la sujeción a derecho

del acto recurrido, respecto de lo alegado, es precisar si la sanción cuestionada afecta, como aduce la actora, su honor, y en tal sentido se impone acotar que de acuerdo al criterio de la Sala la trasgresión de este derecho tendría lugar si en el curso del procedimiento o bien en el acto administrativo sancionatorio, constaran alusiones despectivas que de alguna manera comportaran una ofensa para la persona afectada con la actuación administrativa y que, además, atentaran contra su imagen y reputación.

Así, al aducir la recurrente que la orden de publicación de un acto de la Administración constituye una pena infamante lo que en definitiva señala es que el contenido per se del acto lo es, circunstancia que no ocurre en el presente caso pues como se advirtió en precedentes líneas, dicha providencia es el producto de la comprobación por parte del órgano administrativo del desarrollo de una conducta antijurídica, sancionada por la Ley. En otras palabras, tras la comprobación fáctica del desarrollo de esa conducta por parte de los sujetos a los cuales va dirigida la norma, no puede considerarse la imposición de la mencionada sanción como una violación del derecho al honor y reputación”. (Destacado de la presente decisión).

En concordancia con el criterio citado supra, esta Sala al evaluar detenidamente en el presente caso el acto recurrido (que cursa del folio sesenta y tres (63) al setenta y cuatro (74) del expediente judicial), no observa la utilización de palabras ofensivas, el empleo de frases irrespetuosas ni de términos dirigidos a dañar la imagen y reputación de la recurrente.

Asimismo, se advierte que en la situación de autos el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECUCU), hoy IN-DEPABIS, determinó, una vez concluido el procedimiento sancionatorio de primer grado, la transgresión por parte de la sociedad mercantil recurrente de los artículos 18 y 92 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, por lo cual le impuso multa por la cantidad de dos mil doscientas Unidades Tributarias (2.200 U.T.), equivalentes a ciento un mil doscientos bolívares sin céntimos (Bs. 101.200,00). En tal sentido,

juzga esta Sala que la imposición de la sanción de multa, no comporta en modo alguno una ofensa para la persona afectada con la actuación administrativa y que, además, atente contra su imagen y reputación.

Aunado a todo lo anterior, esta Sala debe destacar como lo ha establecido en numerosas oportunidades que, independientemente de las gestiones que en la práctica deba realizar un particular para obtener del Estado el reintegro del dinero erogado por concepto del pago de una multa, el carácter coactivo de las decisiones jurisdiccionales es lo que obliga a la Administración, en el caso de declararse con lugar el recurso incoado, a devolver el monto percibido por concepto de la multa anulada. (Vid., sentencia de esta Sala N° 00426 del 19 de mayo de 2010).

Dicha devolución no constituye una potestad discrecional de la Administración, por el contrario, es una verdadera obligación jurídica derivada de una sentencia cuyos efectos deben cumplirse y su inobservancia genera responsabilidades a los funcionarios públicos. (Vid., entre otras, sentencias de esta Sala Nros. 01578, 01876 y 00398 de fechas 22 de septiembre y 20 de octubre de 2004 y 7 de marzo de 2007, respectivamente).

Conforme a los razonamientos antes expuestos, la Sala considera que en el caso bajo examen no es posible presumir en esta etapa del proceso el requisito de procedencia de las medidas cautelares relativo al *periculum in mora*, por lo que es innecesario el análisis del *fumus boni iuris*, en virtud que ambos requisitos deben ser concurrentes. Así se establece.

En consecuencia, esta Alzada declara parcialmente con lugar la apelación formulada por la representación judicial de la sociedad mercantil Sanitas de Venezuela, S.A. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00575.

FECHA: 04 de mayo de 2011.

PARTES: Gobernación del Estado Bolívar, contra Seguros Guayana C.A.

.....
TEMA: RIESGO Y SINIESTRO EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: en el contrato de Seguro, a tenor de lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, la empresa de seguros a cambio del pago de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos que no se produjesen por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario.

Máxima: en Derecho de seguros es claro que el riesgo debe ser: i) real y lícito, en el sentido de no ser contrario al orden público o a las buenas costumbres; ii) individualizado en cada contrato, mediante la declaración inicial de riesgo y su garantía limitada a través de las exclusiones de riesgo, legales o convencionales, las cuales tienen por finalidad dejar fuera del Contrato de Seguro ciertos eventos o sucesos o daños.

Máxima: el siniestro fue y es un solo acontecimiento, cuya ocurrencia no dependió de la voluntad de la asegurada, ni el riesgo cubierto por la póliza de seguros perdió su condición de incertidumbre durante toda la vigencia del contrato, manteniéndose hasta el momento mismo de su ocurrencia, por lo que la sola afirmación de la empresa de seguros de “que efectivamente el siniestro no era incierto”, sin acreditar en autos mediante las pruebas pertinentes sus afirmaciones, no es suficiente para excepcionarse del pago de la indemnización reclamada.

EXTRACTO:

La Gobernación del Estado Bolívar, suscribió con la empresa Seguros Guayana, C. A., un contrato póliza de seguros para amparar la aeronave distinguida con la matrícula YV-O-CBL-9, número de serial 52266, marca Bell, modelo 206 L-4, año de fabricación 2002, propiedad de dicha entidad federal, contra el riesgo de casco y las ampliaciones de cobertura: Pistas No Autorizadas; Responsabilidad Civil ante terceros (R. C. T.) (Lesiones corporales y daños materiales, excluyendo pasajeros); y Responsabilidad Civil ante terceros AV-52E (R. C. T.). El período de vigencia quedó establecido desde el 31/01/2005 hasta el 31/12/2005 a las 12 p.m., ambos inclusive.

Contrato de Seguros, en el que a tenor de lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, la empresa de seguros a cambio del pago de una prima, asumió las consecuencias de riesgos ajenos que no se produjesen por acontecimientos que dependieran enteramente de la voluntad del beneficiario -Gobernación del Estado Bolívar-, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por la póliza y cuyas partes en el contrato, son la empresa de seguros -Seguros Guayana, C.A.- y el tomador, asegurado y beneficiario de la póliza, Gobernación del Estado Bolívar, siendo los riesgos amparados, como quedó dicho, el riesgo de casco y las ampliaciones de cobertura: Pistas No Autorizadas; Responsabilidad Civil ante terceros (R. C. T.) (Lesiones corporales y daños materiales, excluyendo pasajeros); y Responsabilidad Civil ante terceros AV-52E (R. C. T.).

Sobre las nociones de riesgo y siniestro -conceptos bien diferenciados en Derecho de seguros-, nuestro ordenamiento jurídico dispone en los artículos 30, 36 y 37 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro lo siguiente:

“Artículo 30. Riesgo es el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del tomador, del asegurado o beneficiario, y cuya materialización da origen a la obligación de la empresa de seguros. Los hechos ciertos, salvo la muerte, y los físicamente imposibles, no constituyen riesgo y son inasegurables.

Tampoco constituye riesgo la incertidumbre subjetiva respecto a determinado hecho que se haya cumplido o no”.

“Artículo 36. El contrato quedará resuelto si el riesgo dejare de existir después de su celebración. Sin embargo, la empresa de seguros tendrá derecho al pago de las primas mientras la cesación del riesgo no le hubiese sido comunicada o no hubiere llegado a su conocimiento. Las primas correspondientes al período en curso para el momento en que la empresa de seguros reciba la notificación o tenga conocimiento de la cesación del riesgo, se deberán íntegramente.

Cuando los efectos del seguro deban comenzar en un momento posterior a la celebración del contrato y el riesgo hubiese cesado en el intervalo, la empresa de seguros tendrá derecho solamente al reembolso de los gastos ocasionados.

No hay lugar a devolución de prima por desaparición del riesgo si éste se debe a la concurrencia de un siniestro debidamente indemnizado por la empresa de seguros”.

“Artículo 37. El siniestro es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la empresa de seguros. Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, la empresa de seguros responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. Pero si se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta de la empresa de seguros, ésta queda relevada de su obligación de indemnizar.

El tomador, el asegurado o el beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero la

empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que según el Contrato de Seguro o la ley la exoneran de responsabilidad”.

Ahora bien, en Derecho de seguros es claro que el riesgo debe ser real y lícito, en el sentido de no ser contrario al orden público o a las buenas costumbres, que éste, así caracterizado, debe ser individualizado en cada contrato, mediante la declaración inicial de riesgo y su garantía limitada a través de las exclusiones de riesgo, legales o convencionales, las cuales tienen por finalidad dejar fuera del Contrato de Seguro ciertos eventos o sucesos o daños.

En cuanto a la declaración inicial de riesgo, nuestro legislador establece la obligación a cargo del tomador de la póliza de declarar con exactitud, antes de la celebración del contrato, a la empresa de seguros, de acuerdo con el cuestionario que ésta le proporcione o los requerimientos que le indique, todas las circunstancias conocidas por el tomador de la póliza que puedan influir en la valoración del riesgo (Artículo 22 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro). Exigencia del legislador sustantivo que encuentra explicación en la técnica de la operación de seguros, la cual reposa esencialmente sobre una mutualidad, es decir, sobre un grupo de riesgos que presentan ciertos caracteres de dispersión, de homogeneidad y de frecuencia y sobre los cuales el asegurador, en aplicación de la Ley de los Grandes Números, hace su selección para luego efectuar la repartición y la compensación en el seno de esa mutualidad, según los datos estadísticos.

Igualmente, la Sala estima que la información respecto a que en determinado momento se desplegaría un procedimiento destinado a la sustracción de la aeronave, no le quita el carácter incierto al riesgo de robo, el cual podía ocurrir antes o después de la fecha mencionada e incluso con un *modus operandi* diferente al informado, ya que la materialización del hecho -se reitera- dependía de la voluntad de terceros ajenos a la relación contractual; es más, las autoridades de policía informadas, por éstas mis-

mas razones no estaban en capacidad de tener certeza de la realización del hecho, de manera tal que la incertidumbre se mantuvo hasta el momento mismo de la ocurrencia del siniestro, reiterándose en este punto lo afirmado anteriormente, la incertidumbre puede presentarse bajo dos formas: “cuando no se sabe si el evento se realizará o cuándo éste se realizará; está última forma fue la que se configuró en el caso sub examine. Así se establece.

En consecuencia, debe concluirse que la aseguradora erró al imputarle a la asegurada la violación o el incumplimiento de los artículos 30 y 36 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, por lo que tal alegato o defensa de la parte demandada debe ser desechado por la Sala, en razón de que -como se apuntó- sobre la comisión o no del delito, así como respecto al momento o el cuando éste se cometería nunca desapareció la incertidumbre no obstante el conocimiento que pudieren haber tenido las autoridades de policía en cuanto al posible robo del helicóptero. Posición de la Sala que encuentra apoyo en la doctrina especializada, cuando afirma que el riesgo se aplica a un evento susceptible de producirse o de no producirse (PICARD, M. y A. BESSON: El Contrato op. cit., págs. 36 y sigts.), concluir lo contrario equivaldría a considerar los seguros de vida en caso de vida o el seguro de vida en caso de muerte, como inasegurables; o llegar a la misma conclusión en el supuesto del seguro de incendio, cuando éste no es voluntario. Así se declara.

..... •

TEMA: PAGO DEL DEDUCIBLE

Máxima: el deducible es la cantidad que se establece en algunas pólizas como un monto no indemnizable por la empresa de seguros. Generalmente se considera que del monto total a pagar por el asegurador, una suma determinada previamente se considerará como deducible, es decir, que ocurrido el siniestro se restará del monto a pagar la cantidad o fracción porcentual que habrá de ser cancelada por el tomador o asegurado.

EXTRACTO:

Visto que han sido desestimados los argumentos expuestos por la parte demandada para la exoneración de la responsabilidad de indemnizar el siniestro ocurrido el 21 de mayo de 2005, esta Sala observa que la parte demandante solicitó que se le pague la cantidad de dos mil ochocientos cincuenta y un millones doscientos mil bolívares (Bs. 2.851.200.000,00), ahora expresada en dos millones ochocientos cincuenta y un mil doscientos bolívares con cero céntimos (Bs. 2.851.200,00), que es la cifra correspondiente a la cobertura de casco de la aeronave asegurada.

Ahora bien, para el análisis del presente argumento resulta necesario señalar que el deducible es la cantidad que se establece en algunas pólizas como un monto no indemnizable por la empresa de seguros. Generalmente se considera que del monto total a pagar por el asegurador, una suma determinada previamente se considerará como deducible, es decir, que ocurrido el siniestro se restará del monto a pagar la cantidad o fracción porcentual que habrá de ser cancelada por el tomador o asegurado.

La suma asegurada de dos mil ochocientos cincuenta y un millones doscientos mil bolívares (Bs. 2.851.200.000,00), hoy expresada en dos millones ochocientos cincuenta y un mil doscientos bolívares con cero céntimos (Bs. 2.851.200,00), debe restársele la aludida diferencia de cuatrocientos ochenta mil bolívares (Bs. 480.000,00), hoy reexpresada en cuatrocientos ochenta bolívares (Bs. 480,00), dando como resultado la cantidad de dos mil ochocientos cincuenta millones setecientos veinte mil bolívares (Bs. 2.850.720.000,00), hoy reexpresados en dos millones ochocientos cincuenta mil setecientos veinte bolívares con cero céntimos (Bs. 2.850.720,00); por lo tanto, debe esta Sala desestimar la solicitud efectuada por la demandante, en cuanto a que se pague la totalidad de la suma asegurada por concepto de deducible y, en consecuencia, declarar parcialmente con lugar la demanda incoada por la representación judicial del Estado Bolívar. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00581.

FECHA: 04 de mayo de 2011.

PARTES: Multinacional de Seguros C.A., contra el Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas.

.....
TEMA: OBLIGACIÓN DE LAS EMPRESAS DE SEGURO

Máxima: la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994, preveía tres tipos sancionatorios distintos, configurados por: i) La elusión de las obligaciones a cargo de la aseguradora frente a los contratantes, asegurados o beneficiarios, como por ejemplo la de pagar las coberturas previstas en los contratos de seguros ante la ocurrencia del riesgo previsto, o la de notificar motivadamente su negativa de pago de dichas coberturas; ii) El retardo en el cumplimiento de las referidas obligaciones; iii) El rechazo de los siniestros reclamados mediante argumentos genéricos.

Máxima: las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza y de pagar la indemnización correspondiente o rechazarla mediante escrito motivado en el lapso legalmente establecido.

Máxima: la aseguradora al no enviar comunicación alguna a la asegurada, destinada a ponerla en conocimiento de la improcedencia o procedencia total o parcial de la indemnización reclamada, incurrió en evasión de la

obligación de dar respuesta por escrito a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas, lo que configura el supuesto de elusión a dicha obligación prevista y sancionada en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, aplicable *ratione temporis*.

EXTRACTO:

Corresponde a este Alto Tribunal emitir pronunciamiento acerca del recurso de nulidad ejercido por la sociedad mercantil Multinacional de Seguros, C.A. contra la Resolución F-2035 de fecha 30 de abril de 2008 dictada por el entonces denominado Ministerio del Poder Popular para las Finanzas -actual Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas, a través de la cual se declaró sin lugar el recurso jerárquico ejercido contra la decisión de la entonces llamada Superintendencia de Seguros -actual Superintendencia de la Actividad Aseguradora-, que le impuso sanción de multa por haber incurrido en elusión y retardo. A tal efecto se observa lo siguiente:

1-Las denuncias sobre la supuesta violación del numeral 6 del artículo 49 de la Carta Magna y del vicio de falso supuesto, esta Sala las analizará de manera conjunta por cuanto se encuentran relacionadas entre sí.

A tal efecto se observa que la apoderada judicial de la recurrente adujo que su representada no incurrió en los supuestos de elusión y retardo, ya que “siempre se le reconoció a CVG Alcasa la cobertura del siniestro acaecido el 21 de agosto de 2001”, que no se ha valido de artificios y de engaños en el presente caso para evadir el pago” y “siempre estuvo dispuesta a indemnizar el siniestro dentro del lapso correspondiente”. Que hubo una errada aplicación del artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros debido a que “la causa para no realizar el pago respectivo está plenamente justificada, ya que en primer lugar la asegurada se ha negado a que [su] representada realice el pago en bolívares al cambio oficial, y en segundo lugar, en caso que se pudiese honrar la obligación en moneda

extranjera [dólares], existe un control cambiario que nos prohíbe el pago en la misma”.

Agregó la referida apoderada judicial que en el ordenamiento jurídico venezolano existen normativas que establecen expresamente los pagos en moneda nacional, aun cuando se haya pactado en moneda extranjera, tales como los artículos 116 de la Ley del Banco Central de Venezuela, 1.737 del Código Civil Venezolano y 815 del Código de Comercio, motivo por el que “[su] representada no está en la obligación de pagar en dólares de los Estados Unidos de América como lo pretende CVG Alcasa, sino en moneda de curso legal, vale decir en bolívaes”.

Asimismo, manifestó la apoderada judicial de la recurrente que la Administración “interpretó la normativa legal en un sentido que no es el correcto, ya que en ninguna parte señala que todas las dudas de los asegurados deben ser respondidas por escrito por parte de las aseguradoras, lo único que estipula es que los rechazos deben hacerse por escrito, y en el presente caso en ningún momento se rechazó el siniestro”.

El numeral 6 del artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela -denunciado como infringido-, está referido al principio de tipicidad y alude a que ninguna persona puede ser sancionada por actos u omisiones no previstos en leyes preexistentes como delitos, faltas o infracciones. Dicho norma es del tenor siguiente:

“Artículo 49. El debido proceso se aplicará a todas las actuaciones judiciales y administrativas; en consecuencia:

(...)

6. Ninguna persona podrá ser sancionada por actos u omisiones que no fueren previstos como delitos, faltas o infracciones en leyes preexistentes. (...).”.

Con relación al principio de tipicidad de las sanciones administrativas,

esta Sala ha dispuesto (ver, entre otras, sentencias números 2.673 del 28 de noviembre de 2006 y 1.191 del 24 de noviembre de 2010), lo que a continuación se transcribe:

“En lo que concierne al principio de tipicidad cuya violación fue alegada por la parte recurrente, debe indicarse que éste se encuadra en el principio de la legalidad: mientras el principio de tipicidad postula la exigencia de predeterminación normativa de las conductas ilícitas, el principio de legalidad concreta tal prescripción en el requerimiento de definición, suficiente para su identificación, del ilícito y de su consecuencia sancionatoria.

De allí, que la exigencia de legalidad o tipicidad tiene su origen en el principio de seguridad jurídica, fundamental en todo Estado de Derecho, requiriéndose que la definición normativa de los ilícitos administrativos debe reunir unas características de precisión que satisfagan esa demanda de seguridad y certeza” (subrayado de la Sala).

Conforme al principio de tipicidad las conductas que se consideran antijurídicas y las sanciones que a éstas corresponden, deben estar determinadas previamente en una norma legal, principio este que el antiguo derecho romano consagró como “*nullum crimen, nulla poena, sine lege*”. Asimismo debe precisarse que el vicio de falso supuesto se patentiza de dos (2) maneras, conforme lo ha expresado reiteradamente esta Sala, a saber: cuando la Administración al dictar un acto administrativo fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o no relacionados con el o los asuntos objeto de decisión, incurre en el vicio de falso supuesto de hecho; y cuando los hechos que dan origen a la decisión administrativa existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero la Administración al dictar el acto los subsume en una norma errónea o inexistente en el universo normativo para fundamentar su decisión, tal situación constituye el vicio de falso supuesto de derecho. En ambos casos, se trata de un vicio que, por afectar la causa del acto administrativo, acarrea su nulidad (ver, entre otras, sentencias números 957 del 1 de julio de 2009 y 38 del 20 de enero de 2010).

En tal sentido, se entiende que lo alegado en el presente caso es la existencia del vicio de falso supuesto de hecho y de derecho, por cuanto la recurrente manifestó que “la causa para no realizar el pago respectivo está plenamente justificada” y que hubo una indebida aplicación de la normativa que fundamentó la decisión sancionatoria impugnada.

Al respecto se observa de la Providencia Administrativa N° 847 del 2 de agosto de 2006 (acto administrativo primigenio cuya decisión fue ratificada por la resolución impugnada), que la Superintendencia de Seguros impuso multa por la cantidad de once millones ciento cincuenta mil bolívares (Bs. 11.150.000,00), equivalentes a once mil ciento cincuenta bolívares (Bs. 11.150,00), por cuanto la recurrente incurrió en los supuestos de elusión y retardo, previstos en el artículo 175 de la entonces vigente Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, con fundamento en lo siguiente:

“se observa que el día 27 de agosto de 2001 ocurrió el siniestro, que el último de los documentos necesarios para el análisis del mismo (informe del ajustador de pérdidas) fue consignado el día 29 de diciembre de 2003, y que para el 20 de agosto de 2004, fecha en la que la Corporación Venezolana de Guayana (Alcasa) denuncia a Multinacional de Seguros; C.A. por ante esta Superintendencia de Seguros, dicha aseguradora no se había pronunciado por escrito en cuanto al reclamo formulado por la asegurada.

(...)

Se le advierte a Multinacional de Seguros, C.A. que tal modalidad resulta contraria a la finalidad de la obligación contenida en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, de mantener debidamente informados a los asegurados de los reclamos que le son presentados.

Aclara esta Superintendencia de Seguros que, si bien es cierto, que en los reclamos cuya indemnización resulte procedente, no es necesario emitir pronunciamiento escrito, pues lo que se verifica es el

pago, no es menos cierto que Multinacional de Seguros, C.A. debió haber dado respuesta a las solicitudes presentadas por la Corporación Venezolana de Guayana (Alcasa). En tal sentido, habiéndose verificado una ausencia de respuesta ante la solicitud de cancelación de las coberturas previstas en la póliza contratada, se concluye que dicha aseguradora se encuentra incurso en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Igualmente, tomando en consideración que el plazo que tenía Multinacional de Seguros, C.A. para indemnizar o rechazar el siniestro venció el 10 de febrero de 2004, sin que en el expediente administrativo exista evidencia del pago realizado, se concluye que la empresa se encuentra incurso en retardo en el cumplimiento de sus obligaciones.

Visto que a decir del representante de Corporación Venezolana de Guayana (Alcasa), no existe ninguna prohibición de que el pago se transfiera en cuentas del exterior desde Multinacional de Seguros, C.A. a la de aquella, toda vez que la mencionada aseguradora tiene autorización del Banco Central de Venezuela para recibir pagos en sus cuentas en el exterior, tal como se desprende de la comunicación emanada de la referida institución en fecha 31 de mayo de 2004, la cual corre inserta al folio 105 del expediente administrativo, y más aún cuando el convenio cambiario número 1 sólo hace referencia a las operaciones que se realizan en el País.

En virtud de las consideraciones anteriores resulta evidente que la aseguradora incurrió en los ilícitos de elusión y retardo en la tramitación del reclamo interpuesto por la Corporación Venezolana de Guayana (Alcasa)

(...)

Único: Sancionar a la empresa Multinacional de Seguros, C.A. con multa por la cantidad de Once Millones Ciento Cincuenta Mil Bolívaes sin céntimos (Bs. 11.150.000,00), de conformidad con lo

dispuesto en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros (...) al haber incurrido en elusión y retardo en la tramitación de la reclamación interpuesta por la Corporación Venezolana de Guayana (Alcasa)”.

Establece el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros (publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4.882 Extraordinario del 23 de diciembre de 1994, aplicable *ratione temporis*, hoy Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010), lo siguiente:

“Artículo 175. Las empresas de seguros que sin causa justificada, a juicio del Superintendente de Seguros, eludan o retarden el cumplimiento de sus obligaciones frente a sus contratantes, asegurados o beneficiarios, serán sancionados de acuerdo con la gravedad de la falta, con multa comprendida entre cien mil bolívares (Bs. 100.000,00) y el equivalente en bolívares a quinientos (500) salarios mínimo urbano; sin perjuicio de que le sea suspendida temporalmente la licencia o revocada la autorización para actuar en el ramo donde ocurra la demora.

(...)

Parágrafo Segundo: Las empresas de seguros dispondrán de un plazo máximo de treinta (30) días hábiles para pagar los siniestros cubiertos, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro. La Superintendencia de Seguros podrá autorizar, mediante Resolución motivada y por vía de excepción, pactos en contrario al plazo indicado, en los casos de pólizas que por sus particulares características a su juicio así lo requieran.

(...)

Parágrafo Cuarto. Las empresas de seguros no podrán rechazar los

sinistros con argumentos genéricos estando obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado, a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto”.

Respecto a la citada norma esta, Sala ha dispuesto en anteriores oportunidades (ver, entre otras, sentencias números 3.683 del 2 de junio de 2005, 890 del 17 de junio de 2009 y 378 del 5 de mayo de 2010) lo siguiente:

“...puede colegirse que el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994, prevé tres tipos sancionatorios distintos, configurados por: 1. La elusión de las obligaciones a cargo de la aseguradora frente a los contratantes, asegurados o beneficiarios, como por ejemplo la de pagar las coberturas previstas en los contratos de seguros ante la ocurrencia del riesgo previsto, o la de notificar motivadamente su negativa de pago de dichas coberturas; 2. El retardo en el cumplimiento de las referidas obligaciones; y 3. El rechazo de los siniestros reclamados mediante argumentos genéricos.

Así, la falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de cancelación de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsumiría en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implicaría el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsumiría en el supuesto de retardo sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo parágrafo cuarto del artículo en comento”.

De lo anterior se deriva que el precitado artículo -a diferencia de lo argüido- prevé que las aseguradoras podrán incurrir en elusión cuando evadan la obligación que tienen con los contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas en relación al pago de la indemnización o la notificación motivada y por escrito de la procedencia del siniestro reclamado, y en retardo cuando tal obligación la efectúen fuera del lapso de treinta (30) días. Lo dispuesto en la citada norma resulta reforzado con lo consagrado en el artículo 21 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro (publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 Extraordinario de fecha 12 de noviembre de 2001), cuyo contenido es el siguiente:

“Artículo 21. Son obligaciones de las empresas de seguros:

1. Informar al tomador, mediante la entrega de la póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, cualquier duda que éste le formule.
2. Pagar la suma asegurada o la indemnización que corresponde en caso de siniestro en los plazos establecidos en este Decreto Ley o rechazar, mediante escrito debidamente motivado, la cobertura del siniestro”.

De acuerdo a lo previsto en el citado artículo del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, Las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza y de pagar la indemnización correspondiente o rechazarla mediante escrito motivado en el lapso legalmente establecido.

Se observa que en las actas del expediente administrativo consta lo siguiente:

Copia simple de “...póliza de Todo Riesgo Industrial N° 20-01-082103 Emitida por Multinacional de Seguros, C.A. (...) ASE-

GURADO: C.V.G. ALCASA (...) LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN: Daños Materiales: US\$ 19.000.000,00 Pérdida de Beneficios US\$ 31.000.000,00 Rotura de Maquinarias: US\$ 18.000.000,00 (...) VIGENCIA: Desde el 01-07-2001 hasta el 31-12-2001. PRIMA A PAGAR: US\$ 888.609,64”, cuya cláusula 27 es del tenor siguiente:

“CLÁUSULA N° 27: Los reclamos cubiertos bajo esta póliza deberán ser indemnizados por ‘La Compañía’, dentro de los Cuarenta y Cinco (45) días continuos siguientes a la fecha en que el Ajustador, a través del Informe Final, determine el monto total de la indemnización, siempre y cuando ‘La Compañía’ haya recibido el pago del Reasegurador, de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula de Indemnización inserta en la presente póliza. El monto a indemnizar tendrá que ser aprobado con anterioridad por la Dirección de ‘El Asegurado’.

En caso de que ‘La Compañía’, habiendo recibido dicho pago del Reasegurador, no cumpla con la indemnización, deberá pagar adicionalmente por concepto de intereses resarcitorios el uno por ciento (1%) mensual sobre el saldo deudor, contados a partir del momento en que debió ser realizado el pago” (folios 77 al 99).

Copias simples de comunicaciones GAF-055/2004 del 29 de junio de 2004 y GAF-060/2004 del 13 de julio de 2004, emanadas de la Corporación Venezolana de Guayana (CVG) Alcasa -recibidas por la recurrente en fechas 1 y 15 de julio de 2004-, a través de las cuales solicitó a la empresa aseguradora la indemnización en dólares del siniestro de autos (folio 26 y 27).

Original de comunicación de fecha 30 de julio de 2004, emanada de la Corporación Venezolana de Guayana (CVG) Alcasa -recibida por la Superintendencia de Seguros en fecha 20 de agosto de 2004-, mediante la cual notificó la problemática que tiene esa corporación con la recurrente, en relación a la falta de indemnización del siniestro de que trata el presente caso (folio 29 y 30).

Original de notificación recibida por la recurrente en fecha 6 de septiem-

bre de 2004, por medio de la cual la Superintendencia de Seguros le solicitó información sobre el reclamo efectuado por la asegurada (folio 31). Original de escrito consignado en fecha 17 de septiembre de 2004 por representantes de la recurrente ante la Superintendencia de Seguros, a través del cual manifestaron lo siguiente:

“...se comienza el análisis del siniestro, designándose para ello a una empresa ajustadora, que en fecha 29 de diciembre de 2003, consigna en la sede de la empresa en informe definitivo de ajuste, conforme al cual, el siniestro en referencia gozaba de cobertura, siendo el monto a indemnizar la cantidad de doscientos setenta y cinco mil quinientos sesenta y tres Dólares de los Estados Unidos de Norte América con veintinueve centavos.

(...)

(...) [su] representada siempre ha expresado su voluntad de cancelar el siniestro presentado por la empresa denunciante, por no estar el mismo excluido de cobertura, mas aún reconoce su responsabilidad ante los mismos.

(...)

(...) se le ofrece a la asegurada la cancelación total del remanente en Bolívares, conforme a la tasa de cambio vigente para la fecha, de acuerdo a lo dispuesto en el Convenio Cambiario correspondiente y la Providencia Administrativa N° 49 de CADIVI” (folios 62 al 64).

Copia simple de comunicación junto a su anexo enviada vía fax en fecha 16 de junio de 2004 por “Heath Lambert Venezuela sociedad de corretaje de reaseguros C.A.” a la Corporación Venezolana de Guayana (CVG) Alca-sa, en donde expusieron que “...adjunto sírvase a encontrar copia de la remesa enviada a Multinacional de Seguros el día 16 de febrero de 2004, por la cantidad de US\$ 275.563,29, como cancelación del 100% del reclamo indicado en la referencia” (folios 66 al 67).

Providencia Administrativa FSS-2-3-001403 del 30 de noviembre de 2004, mediante la cual la Superintendencia de Seguros decidió iniciar un procedimiento administrativo en contra de la recurrente (folio 72).

Original de escrito consignado en fecha 21 de diciembre de 2004 por los representantes de la recurrente ante la Superintendencia de Seguros, a través del cual ratificaron lo expuesto el 17 de septiembre de ese año.

En fecha 2 de agosto de 2006 la Superintendencia de Seguros dictó acto administrativo sancionatorio de multa contra la recurrente, por incurrir en los ilícitos de elusión y retardo. Dicha decisión fue impugnada por la recurrente en sede administrativa dando lugar al presente recurso de nulidad.

Atendiendo a lo evidenciado en actas y a lo expuesto por la recurrente, esta Sala observa que durante la vigencia de la póliza de seguros (1 de julio al 31 de diciembre de 2001) contratada entre la actora y la Corporación Venezolana de Guayana (CVG) Alcasa, “cuya suma asegurada estaba estipulada en dólares de los Estados Unidos de América”, se produjo un siniestro en la sede de esta última (21 de agosto de 2001), que “El 29 de diciembre de 2003 [la empresa encargada del ajuste], consignó en la sede de Multinacional el informe definitivo de ajuste, conforme al cual, el siniestro en referencia gozaba de cobertura, siendo el monto a indemnizar la cantidad de doscientos setenta y cinco mil quinientos sesenta y tres dólares con veintinueve centavos de los Estados Unidos de América (US\$ 275.563,29)”.

Sin embargo, no consta que la recurrente haya efectuado, a favor de la asegurada, el pago de la indemnización o notificado por escrito la procedencia del siniestro reclamado dentro del lapso de treinta (30) días hábiles a que hace referencia el artículo 175 de la entonces vigente Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, tampoco dentro de los cuarenta y cinco (45) días continuos establecidos en la cláusula 27 de la póliza, aun cuando la accionante, como quedó demostrado, recibió en fecha 16 de febrero de

2004 de la empresa reaseguradora la totalidad del monto a indemnizar en dólares (US\$ 275.563,29).

Se evidenció además que la recurrente recibió en fechas 1 y 15 de julio de 2004 comunicaciones de la asegurada a través de las cuales le fue exigida la indemnización en dólares del siniestro reclamado, sin que conste que haya dado respuesta a dichas solicitudes. Asimismo se observó -contrariamente a lo alegado- que fue con posterioridad al inicio de las averiguaciones por parte de la Superintendencia de Seguros cuando la actora, mediante escritos consignados el 17 de septiembre y 21 de diciembre de 2004, reconoció en sede administrativa su responsabilidad en la cobertura del siniestro reclamado y propuso “la cancelación total del remanente en Bolívares, conforme a la tasa de cambio vigente para fecha, de acuerdo a lo dispuesto en el Convenio Cambiario correspondiente y la Providencia N° 49 de CADIVI”.

A diferencia de lo argüido por la recurrente y en consonancia con lo apreciado por la Administración, esta Sala deduce -en primer lugar- que la recurrente al no enviar comunicación alguna a la asegurada, destinada a ponerla en conocimiento de la improcedencia o procedencia total o parcial de la indemnización reclamada, incurrió en evasión de la obligación de dar respuesta por escrito a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas, lo que configura el supuesto de elusión a dicha obligación prevista y sancionada en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, aplicable *ratione temporis*.

En segundo lugar, se colige que la recurrente, al reconocer ante el órgano administrativo su responsabilidad en la indemnización del siniestro reclamado y proponer “la cancelación total del remanente en Bolívares” fuera del lapso de treinta (30) días (pago que no consta que haya sido efectuado), incumplió con su obligación de pagar en dicho lapso los siniestros cubiertos a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas, lo que configura el ilícito de retardo previsto y sancionado en el artículo 175 *eiusdem*.

Respecto a los argumentos de la recurrente relativos a que “la causa para no realizar el pago respectivo está plenamente justificada”, dada la supuesta negativa de la asegurada a que se “realice el pago en bolívares”, a la existencia del control cambiario en el país y a que no estaba en la obligación de pagar en dólares de los Estados Unidos de América de acuerdo a lo dispuesto en el ordenamiento jurídico venezolano, esta Sala debe precisar, sin entrar a valorar sobre la validez del pago en bolívares cuyo pronunciamiento no corresponde en el presente fallo, que tales alegatos no eximen de responsabilidad a la accionante en los hechos por los cuales fue sancionada, consistentes en la ausencia de notificación a la asegurada sobre la procedencia de la indemnización reclamada y el incumplimiento del lapso legalmente establecido para realizar el supuesto pago en bolívares.

En atención a lo expuesto, dada la verificación de los hechos sancionados y su adecuada subsunción en la normativa aplicable, cuya tipificación y sanción es de carácter preexistente a la conducta asumida por la recurrente, esta Sala concluye en la inexistencia de los vicios alegados de falso supuesto de hecho y de derecho y de violación del principio de tipicidad previsto en el numeral 6 del artículo 49 de la Carta Magna. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00868.

FECHA: 30 de junio de 2011.

PARTES: Mercantil Seguros, C.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

.....
**TEMA: ENFERMEDAD PREEXISTENTE, ACCIDENTE
CEREBRO VASCULAR (A.C.V.) EN EL CONTRATO DE
SEGURO**

Máxima: en el informe médico referido por la aseguradora, pese a que el profesional de la medicina manifestó que la asegurada es conocida porque desde el año padece de hipertensión arterial severa, obesidad grado II y síndrome metabólico, ello no implicó que hayan sido la causa de la emergencia padecida por ella, así como tampoco consta en autos alguna otra prueba al respecto.

EXTRACTO:

En el presente asunto se apeló de la decisión N° 2010-0873, dictada por la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo en fecha 6 de octubre de 2010, mediante la cual se declaró competente para conocer del recurso de nulidad, lo admitió y declaró improcedente la solicitud de suspensión de efectos.

La apelación incoada versa sobre la medida de suspensión de efectos del acto administrativo impugnado, por haber apreciado la Corte el no cumplimiento de los supuestos requeridos para el otorgamiento de dicha medida cautelar, razón por la cual el análisis de esta Sala se circunscribirá a la negativa de tal solicitud.

Precisado lo anterior, debe señalarse el criterio reiterado de este Alto Tribunal, respecto a que la suspensión de efectos de los actos administrativos prevista en el aparte veintiuno del artículo 21 de la Ley Orgánica del Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela, aplicable *ratione temporis*, es una medida preventiva mediante la cual -haciendo excepción al principio de ejecutoriedad del acto administrativo, consecuencia de la presunción de legalidad- se procura evitar lesiones irreparables o de difícil reparación al ejecutarse un acto que eventualmente resultare anulado, porque ello podría constituir un atentado a la garantía del derecho fundamental de acceso a la justicia y al debido proceso.

En estos casos, el Juez debe velar porque su decisión se fundamente no sólo en un alegato de gravamen, sino en la argumentación y acreditación de hechos concretos de los cuales nazca la convicción de un posible perjuicio real.

Así, el artículo 21.21 de la Ley Orgánica del Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela de 2004 disponía lo siguiente:

“El Tribunal Supremo de Justicia podrá suspender los efectos de un acto administrativo de efectos particulares, cuya nulidad haya sido solicitada, a instancia de parte, cuando así lo permita la Ley o la suspensión sea indispensable para evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación por la definitiva, teniendo en cuenta las circunstancias del caso. A tal efecto, se deberá exigir al solicitante preste caución suficiente para garantizar las resultas del juicio”.

Sobre la base de la norma antes transcrita, esta Sala ha sostenido que la medida preventiva de suspensión de efectos procede sólo cuando se verifiquen concurrentemente los supuestos que la justifican, es decir, que la medida sea necesaria a fin de evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación, o bien para evitar que el fallo quede ilusorio y que, adicionalmente, resulte presumible que la pretensión procesal principal resultará favorable, sin descartar la adecuada ponderación del interés público involucrado.

Significa entonces que, en cada caso, deberán comprobarse los requisitos de procedencia de toda medida cautelar: el riesgo manifiesto de que quede ilusoria la ejecución del fallo y la presunción grave del derecho que se reclama.

Al respecto, tal como lo ha reiterado pacíficamente este órgano jurisdiccional, el correcto análisis acerca de la procedencia de la medida cautelar requiere, además de la verificación del *periculum in mora*, la determinación del *fumus boni iuris*, pues mientras aquél es exigido como mero

supuesto de procedencia por el paso del tiempo que pudiese resultar dañoso en el caso concreto, ésta (la presunción grave de buen derecho) es el fundamento mismo de la protección cautelar, dado que en definitiva sólo a la parte que tiene la razón en juicio puede causársele perjuicios irreparables que deben ser evitados, bien que emanen de la contraparte o sean efecto de la tardanza del proceso.

Con base en las precisiones antes indicadas, debe la Sala verificar si en este caso concreto existen elementos suficientes que permitan determinar la existencia de los aludidos requisitos, en virtud de la apelación interpuesta por la representación judicial de la empresa Mercantil Seguros C.A., contra la sentencia dictada por la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo en fecha 6 de octubre de 2010, para lo cual observa:

El procedimiento administrativo incoado contra la empresa Mercantil Seguros C.A. se inició con ocasión de la denuncia interpuesta por la ciudadana Marisol PACHECO, ante el entonces Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario (INDECU), por cuanto la referida compañía aseguradora no cubrió el pago de su hospitalización en el Hospital de Clínicas Caracas, alegando que la emergencia sufrida tuvo como causa una enfermedad preexistente.

Como resultado de la denuncia, el referido instituto inició un procedimiento administrativo por la presunta infracción de los artículos 18 y 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, aplicable *ratione temporis*. Ese procedimiento administrativo concluyó con la Resolución s/n de fecha 18 de febrero de 2008, mediante la cual se sancionó a la recurrente con la imposición de una multa de mil (1.000) Unidades Tributarias, equivalente a la cantidad de treinta y tres mil seiscientos bolívars (Bs. 33.600,00), por haber incumplido -a juicio del INDECU- lo dispuesto en los artículos 6.3, 18 y 92 *eiusdem*.

Contra ese acto administrativo se incoó el presente recurso de nulidad, conjuntamente con solicitud de medida cautelar de suspensión de efectos, esto último con fundamento en lo siguiente:

Con relación al *fumus boni iuris* o presunción de buen derecho reclamado, los apoderados judiciales de la accionante sostuvieron que a su representada se le impuso una sanción con fundamento en la errónea apreciación de los hechos contenidos en el expediente administrativo, “toda vez que si existe plena prueba que Mercantil Seguros dio cabal cumplimiento al Contrato de Seguros, pues en su cláusula 11 expresamente se excluyen el tratamiento a enfermedades preexistentes durante los primeros veinticuatro (24) meses de vigencia del Contrato de Seguros. [Y que] este vicio (...) constituye la presunción de buen derecho que fundamenta la solicitud de medida cautelar de suspensión de efectos” (sic).

Respecto al *periculum in mora*, alegaron que si bien la ejecución de una multa de mil (1.000) Unidades Tributarias no representa la quiebra de la empresa o la interrupción del servicio que ofrece, “es lo cierto que el contenido de la Resolución Recurrída si afecta de inmediato la reputación e imagen de [su] representada, desde que de acuerdo a sus apreciaciones carentes de valoración probatoria alguna, se estima que Mercantil Seguros no cumple con sus usuarios las condiciones aplicables a la relación contractual” (sic).

Sin embargo, la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo determinó, *prima facie*, que no se verificó de autos la presunción del buen derecho a favor de Mercantil Seguros C.A. (considerando en consecuencia inoficioso el análisis sobre el *periculum in mora*), por cuanto dicha empresa no aportó alguna probanza que permitiera presumir a esa Corte, que la patología sufrida por la ciudadana Marisol PACHECO fue de naturaleza preexistente, que había sido ocultada por ella al suscribir la póliza y que constituye la causa de la enfermedad que dio lugar a su hospitalización.

Esta Sala observa de las denuncias formuladas por la representación judicial de los accionantes, que la controversia se circunscribe a decidir sobre la contrariedad a derecho del fallo apelado, por haber incurrido el a quo en los vicios de error de juzgamiento por falso supuesto de hecho e incongruencia negativa.

Determinada así la litis, pasa la Sala a decidir en los términos siguientes, de acuerdo a cada uno de los vicios denunciados:

1) Error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos.

Al respecto, la representación de la parte accionante aduce que la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo, al analizar la existencia del *fumus boni iuris*, incurrió en un error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos, al considerar “erradamente que no existen medios probatorios que acrediten (i) la relación de causalidad del padecimiento no cubierto con las enfermedades preexistentes, y (ii) que esas enfermedades fueron ocultadas al momento de la suscripción de la póliza de seguros”.

En conclusión fundamentó el error de juzgamiento en que el a quo estimó que no existían elementos suficientes para acreditar “que el ACV sufrido por la denunciante tenga relación directa con las enfermedades preexistentes: hipertensión arterial severa, obesidad grado II y síndrome metabólico; ni mucho menos, constancia que acreditara que esas enfermedades fueron diagnosticadas con anterioridad a la suscripción de la póliza de seguros y ocultadas dolosamente por la denunciante al momento de la suscripción”. Afirmando en consecuencia que sí existía tal prueba, la cual a su decir- se desprendía del informe médico de fecha 23 de noviembre de 2006 consignado en el procedimiento administrativo, suscrito por el médico tratante de la denunciante desde el año 1999.

En cuanto al vicio de error de juzgamiento esta Sala, en sentencia N° 0183 de fecha 14 de febrero de 2008, sostuvo lo siguiente:

“Al respecto, resulta menester acotar que, de acuerdo a pacífica y reiterada jurisprudencia de esta Sala, el vicio de suposición falsa en las decisiones judiciales se configura, por una parte, cuando el Juez, al dictar un determinado fallo, fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que no guardan la debida vinculación

con el o los asuntos objeto de decisión, verificándose de esta forma el denominado falso supuesto de hecho. Por otro lado, cuando los hechos que sirven de fundamento a la decisión existen, se corresponden con lo acontecido y son verdaderos, pero el órgano jurisdiccional al emitir su pronunciamiento los subsume en una norma errónea o inexistente en el derecho positivo, o incurre en una errada interpretación de las disposiciones aplicadas, se materializa el falso supuesto de derecho”.

Aprécia la Sala que en la sentencia apelada, la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo -contrariamente a lo alegado por la accionante- no fundamentó su decisión en hechos inexistentes, falsos o que no guardan relación con el asunto debatido, ya que el a quo expuso que “no encuentra (...) en esta etapa del procedimiento, sin que ello implique prejuzgamiento sobre el fondo del asunto, y sin perjuicio de la valoración de las pruebas que se aporten al juicio, que deba presumirse que la presunta patología preexistente esté relacionada en forma directa con la emergencia sufrida por la asegurada Marisol Pacheco” (sic).

En efecto, observa la Sala que en el informe médico referido por la apelante (cuya copia fue remitida en el presente expediente), el profesional de la medicina manifestó que la denunciante “es conocida por [su] consulta desde el año 99 con los diagnósticos de hipertensión arterial severa, obesidad grado II y síndrome metabólico”, sin afirmar ni explicar que tales patologías hayan sido la causa de la emergencia padecida por ella; así como tampoco consta en autos alguna otra prueba al respecto.

En consecuencia, en esta etapa cautelar del proceso, el a quo acertadamente declaró que “no evidencia de los autos, prueba, informe u opinión profesional alguna, que explique por qué y de qué manera la alegada patología preexistente (hipertensión arterial severa, obesidad grado II y síndrome metabólico) haya sido la causa directa de la emergencia sufrida por la paciente”.

Por lo tanto, esta Alzada no evidencia el vicio de error de juzgamiento alegado por la apelante, en cuya virtud se desestima dicha denuncia. Así se establece.

2) Incongruencia negativa.

En lo referente a este vicio de la sentencia, la parte actora adujo que la decisión apelada incurrió en incongruencia negativa, por cuanto “omitió valorar la denuncia de falso supuesto de hecho formulada por Mercantil Seguros, por la que se [afirmó] que el INDEPABIS interpretó erróneamente que esa empresa aseguradora no prestó el servicio de forma regular y eficiente, cuando lo cierto es que la no cobertura del servicio se debió a la omisión dolosa de información sobre el estado de salud por parte de la denunciante (enfermedad preexistente), lo cual, de conformidad con el numeral 2 de la Cláusula 11 del Contrato celebrado entre [la recurrente] y la denunciante, es causal de exclusión de responsabilidad” (sic).

Asimismo, alegó que el fallo apelado también incurrió en incongruencia negativa “desde que omitió pronunciarse sobre los vicios denunciados por Mercantil Seguros relativos a: (i) inmotivación de la multa impuesta; (ii) violación al principio de tipicidad de las sanciones; y (iii) falso supuesto de derecho; aún y cuando dichos argumentos también constituían parte del fundamento expuesto (...) a los fines de demostrar la procedencia de la medida cautelar solicitada, los cuales de haber sido valorados, hubiesen incidido en el dispositivo de la sentencia apelada” (sic); y que el a quo se limitó a resolver únicamente la denuncia de violación del derecho a la defensa de la resolución impugnada, pero no emitió pronunciamiento sobre los demás vicios como fundamento de la medida cautelar.

Debe esta Sala precisar que doctrinariamente se ha reconocido que la decisión que se dicte en el curso del proceso no debe contener expresiones o declaratorias implícitas o sobreentendidas, debiendo por el contrario ser exhaustiva, es decir, pronunciarse sobre todos los pedimentos formulados en el debate, para dirimir el conflicto de intereses que le ha sido sometido

en el proceso. La inobservancia de tal requerimiento deriva en el vicio de incongruencia, que tiene su fundamento legal en el ordinal 5° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, conforme al cual el juzgador está obligado a emitir una decisión expresa, positiva y precisa, con arreglo a la pretensión deducida y a las excepciones o defensas opuestas, atendiendo a lo alegado y probado por las partes en litigio.

De manera que el vicio en referencia se produce cada vez que el juzgador altera o modifica el problema judicial debatido, ya sea porque no resuelve sólo sobre lo alegado, o bien porque no decide sobre todo lo alegado, diferenciándose así lo que doctrinaria y jurisprudencialmente se ha entendido como incongruencia positiva y negativa.

En el caso de autos, observa esta Sala que la sentencia apelada se pronunció únicamente sobre lo pretendido por la accionante, lo cual era la procedencia o no de la suspensión de efectos del acto recurrido, existiendo así correspondencia entre lo decidido y la pretensión, sin que de manera alguna el fallo apelado haya incurrido en el vicio de incongruencia, positiva o negativa, pues no resolvió más de lo pedido ni dejó de resolver la pretensión solicitada, dando cumplimiento así al ordinal 5° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, al haber dado respuesta a lo pretendido por la sociedad mercantil accionante. Así se determina. (Ver, entre otras, sentencia de esta Sala N° 1634 del 3 de octubre de 2007).

Adicionalmente, esta Alzada considera necesario responder el alegato formulado por la parte apelante respecto a que el a quo no se pronunció sobre todos los vicios denunciados del acto administrativo recurrido, a lo cual se impone en primer lugar destacar que en el ámbito de los poderes del Juez contencioso administrativo en el otorgamiento de medidas cautelares, se han definido una serie de limitaciones al momento de efectuar el análisis de la pretensión cautelar, partiendo del carácter accesorio, provisorio y reversible de las medidas de tal naturaleza.

Así, lo que se persigue del Juez en el examen de la procedencia de una

solicitud de suspensión de efectos como la que ha formulado la representación judicial de Mercantil Seguros C.A., no es sino un estudio preliminar sobre las probabilidades de éxito del justiciable con base en los argumentos en los que aquél soporta la necesidad o conveniencia de suspender temporalmente los efectos propios de un acto que goza de una presunción de legalidad; estudio que habrá de realizarse bajo un esquema de serias deducciones y una técnica de provisionalidad.

De esta forma, el juzgador analiza y, de ser el caso, declara la existencia de una presunción de buen derecho invocado por el accionante, partiendo del soporte no sólo fáctico sino jurídico dado por aquél, pero sin resolver la litis, cuestión que deberá abordar en la oportunidad de decidir el mérito de la causa. En otras palabras, la decisión de la medida cautelar no implica que el Juez de la causa en cualquiera de sus instancias se aparte, más allá de lo conveniente para una adecuada y sana administración de justicia en sede cautelar, de las circunstancias de hecho y de derecho del fondo, siempre que ello no se traduzca en una declaratoria concreta respecto a la legalidad o no del acto impugnado, cuestión que constituiría un prejuzgamiento respecto al fondo del juicio y contrario a los anotados caracteres de provisionalidad, reversibilidad y accesoriedad. (Ver sentencia de esta Sala N° 183 del 14 de febrero de 2008).

En consecuencia, resulta improcedente el vicio de incongruencia negativa alegado por la parte apelante. Así se establece.

Desestimados los argumentos esgrimidos para fundamentar la apelación propuesta, resulta forzoso para la Sala declararla sin lugar, como en efecto así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01001.

FECHA: 21 de julio de 2011.

PARTES: Sanitas de Venezuela, C.A., contra Instituto para la Defensa de las Personas para el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

.....
TEMA: MEDICINA PREPAGADA

Máxima: las empresas de medicina prepagada prestan un servicio de salud, el cual es público, esencial y está a cargo del Estado, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros al asumir ajenas consecuencias de problemas de salud, que maneja recursos captados del público y que obtiene un lucro con el ejercicio de esa actividad.

Máxima: con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010, la medicina prepagada no se encontraba regulada por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Máxima: en la actualidad, la medicina prepagada constituye una forma de actividad aseguradora que se encuentra sujeta al control, vigilancia, supervisión, autorización y regulación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y, por tanto, quienes la prestan deben cumplir con la normativa prevista en dicha Ley, a fin de desarrollar legalmente su objeto principal, el cual es la prestación de los servicios de salud a sus contratantes.

EXTRACTO:

Corresponde a la Sala decidir el recurso de apelación ejercido por los apo-

derados judiciales de la sociedad mercantil SANITAS de Venezuela, S.A., contra la sentencia N° 2010-1016 del 21 de julio de 2010 dictada por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo.

En su escrito de fundamentación de la apelación, los apoderados judiciales de la sociedad mercantil recurrente denuncian que el a quo al decidir el recurso de nulidad incurrió en el vicio de falso supuesto de hecho, por las siguientes razones:

En este sentido, alegan que el a quo interpretó erróneamente que la actividad aseguradora de las empresas de medicina prepagada, entre las cuales se encuentra SANITAS, es similar a la actividad desarrollada por las empresas aseguradoras, pues -a su decir- no es sino hasta el 29 de julio de 2010 cuando se publicó la Ley de la Actividad Aseguradora, que la medicina prepagada se somete al control y vigilancia de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Por su parte, el a quo al decidir sostuvo que las empresas de medicina prepagada “prestan un servicio de salud, el cual es público, esencial y está a cargo del Estado”. Asimismo, indicó, entre otras cosas, que “la medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros al asumir ajenas consecuencias de problemas de salud, que maneja recursos captados del público, y que obtiene un lucro con el ejercicio de esa actividad”.

En cuanto al error de juzgamiento, esta Sala, en sentencia N° 00183 de fecha 14 de febrero de 2008, sostuvo lo siguiente:

“Al respecto, resulta menester acotar que, de acuerdo a pacífica y reiterada jurisprudencia de esta Sala, el vicio de suposición falsa en las decisiones judiciales se configura, por una parte, cuando el Juez, al dictar un determinado fallo, fundamenta su decisión en hechos inexistentes, falsos o que no guardan la debida vinculación

con el o los asuntos objeto de decisión, verificándose de esta forma el denominado falso supuesto de hecho”.

En orden a lo anterior, la Sala considera necesario señalar que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 83, establece que “la salud es un derecho social fundamental”, por tanto, todo lo relacionado con la prestación del servicio de salud debe estar regulado por el Estado.

En este sentido, se observa que la empresa recurrente al tener como presupuesto básico la prestación de un servicio público, como es la salud, bajo la modalidad de medicina prepagada, éste debe estar sujeto a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 85 constitucional, según el cual “El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”.

Ahora bien, según lo alegado por la parte actora, con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010, la medicina prepagada no se encontraba regulada por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros; no obstante, tal como se indicó en las normas constitucionales ya mencionadas, el Estado está en la obligación de regular, controlar, vigilar y supervisar las Instituciones tanto públicas como privadas que presten servicios de salud. En este sentido, la aludida Ley de la Actividad Aseguradora prevé en su artículo 1°, lo siguiente:

“Artículo 1. El objeto de la presente Ley es establecer el marco normativo para el control, vigilancia, supervisión, autorización, regulación y funcionamiento de la actividad aseguradora, a fin de garantizar los procesos de transformación socioeconómico que promueve el Estado en tutela del interés general representado por los derechos y garantías de los tomadores, asegurados y beneficiarios de los

contratos de seguros, reaseguros, los contratantes de la medicina prepagada y de los asociados de las cooperativas que realicen actividad aseguradora de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica del Sistema Financiero Nacional”.

Asimismo, dispone el artículo 2 del referido texto normativo que:

“Artículo 2. La actividad aseguradora es toda relación u operación relativas al contrato de seguro y al de reaseguro, en los términos establecidos en la ley especial que regula la materia. De igual manera, forma parte de la actividad aseguradora la intermediación, la inspección de riesgos, el peritaje avaluador, el ajuste de pérdidas, los servicios de medicina prepagada, las fianzas y el financiamiento de primas”. (Resaltado de la Sala).

De la normativa antes transcrita se observa que, en la actualidad, la medicina prepagada constituye una forma de actividad aseguradora que se encuentra sujeta al control, vigilancia, supervisión, autorización y regulación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y, por tanto, quienes la prestan deben cumplir con la normativa prevista en dicha Ley, a fin de desarrollar legalmente su objeto principal, el cual es la prestación de los servicios de salud a sus contratantes.

Siendo así, comparte esta Sala lo decidido por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, cuando señala lo que a continuación se transcribe:

“(...) es evidente la importancia que tienen las empresas de medicina prepagada, al punto de considerar esta Corte, que esas empresas deberán cumplir con los requisitos, regulaciones y controles establecidos en la ley con competencia de seguros, por consiguiente, la actividad desplegada por estas empresas, aun cuando existen diferencias entre su objeto social y las sociedades mercantiles dedicadas a la actividad aseguradora, reitera (...) que deben encontrar-

se bajo la vigilancia, control y supervisión del Estado, por cuanto (...), tales empresas prestan un servicio de salud, el cual es esencial y público; además, el desarrollo de esta actividad implica el ejercicio de la medicina, que es una profesión que implica riesgos sociales, elementos éstos que justifican suficientemente la inspección y vigilancia estatal. En consecuencia, conforme a lo previamente señalado, este Órgano Jurisdiccional considera que empresas como la recurrente, que se dedican a la prestación de la medicina prepagada, dada su naturaleza, deben someter su actuación tanto al Ministerio del ramo como a la Superintendencia de Seguros y por su estrecha vinculación con los consumidores de ese servicio, han de someterse igualmente a las regulaciones previstas en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, así como a los controles ejercidos por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).”.

En atención a lo anteriormente expuesto, debe la Sala desestimar el alegato expuesto por la parte apelante, en relación a que el a quo incurrió en el vicio de falso supuesto de hecho al interpretar que la actividad desarrollada por las empresas que prestan servicios de medicina prepagada, es similar a la prestada por las empresas de seguro. Así se decide.

.....

TEMA: CONTRATO DE SEGURO, CONTRATO DE ADHESIÓN O PRO-FORMA

Máxima: en los contratos de adhesión sólo una de las partes interviene en la elaboración de las cláusulas, es decir, el proveedor de los bienes o servicios, quedando el consumidor sólo con la posibilidad de manifestar su voluntad de acogerlas o no.

Máxima: los contratos “pro forma” son aquellos que tienen un formato único preestablecido, para cuya elabo-

ración sólo interviene una de las partes contratantes, es decir, el proveedor de un bien o servicio, por lo que no se contempla la posibilidad de que el beneficiario pueda negociar la modificación de alguna de sus cláusulas; en tal virtud, este tipo de contratos no guarda diferencia alguna con los contratos de adhesión.

EXTRACTO:

Denuncian los apelantes que el a quo incurrió en falso supuesto de hecho, al interpretar equivocadamente que el contrato de asistencia médica es de adhesión “en el cual se ve limitada la libertad de contratación de los usuarios, cuando en realidad se trata de un contrato pro forma”, pues responde a un formato preestablecido lo que no implica que se haya suprimido la posibilidad de negociar sus cláusulas.

Ante tal alegato, se observa que la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo al decidir el recurso de nulidad indicó que “el contrato objeto de estudio constituye un auténtico contrato de adhesión, en el cual queda excluida cualquier posibilidad de debate o dialéctica entre las partes, pues sus cláusulas son previamente determinadas por el asegurador, de modo que el asegurado se limita a aceptar cuanto ha sido establecido por el primero”.

Con relación a lo expuesto, considera la Sala necesario señalar que el artículo 81 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, publicada en la Gaceta Oficial No. 37.930 de fecha 4 de mayo de 2004, aplicable *ratione temporis*, al referirse a los contratos de adhesión establece lo que sigue:

“Artículo 81.- Se entenderá como contrato de adhesión, a los efectos de esta Ley, aquel cuyas cláusulas han sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios sin que el consumidor pudiera discutir o modificar su contenido.

La inserción de otras cláusulas en el contrato no altera la naturaleza descrita de contrato de adhesión.”.

De la norma antes transcrita se observa que, en los contratos de adhesión, sólo una de las partes interviene en la elaboración de las cláusulas, es decir, el proveedor de los bienes o servicios, quedando el consumidor sólo con la posibilidad de manifestar su voluntad de acogerlas o no.

Igualmente se desprende de dicha normativa que las cláusulas contenidas en este tipo de contratos, se encuentran sometidas a la aprobación de la autoridad que corresponda que, en el caso de autos, sería la Superintendencia de Seguros, actualmente, Superintendencia de la Actividad Aseguradora, que sería la autoridad competente para aprobar el contenido de estos contratos, según lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora.

Ahora bien, los contratos “pro forma” son aquellos que tienen un formato único preestablecido, para cuya su elaboración sólo interviene una de las partes contratantes, es decir, el proveedor de un bien o servicio, por lo que no se contempla la posibilidad de que el beneficiario pueda negociar la modificación de alguna de sus cláusulas; en tal virtud, este tipo de contratos no guarda diferencia alguna con los contratos de adhesión.

En atención a lo anteriormente expuesto, concluye esta Alzada que no erró el a quo al señalar que el Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica, suscrito entre el ciudadano Fernando Montana y SANITAS, el cual tenía como beneficiaria a la ciudadana Armida Pérez de Montana, denunciante en sede administrativa, se configura como un contrato de adhesión, pues tal como antes se indicó, para su formación no interviene en ningún momento la voluntad del asegurado.

Por tanto, debe la Sala desestimar el vicio denunciado por la parte apelante, relacionado con el error de juzgamiento por errónea interpretación del contrato de medicina prepagada. Así se declara.

.....
**TEMA: ENFERMEDAD PREEXISTENTE. TENDINITIS
CÁLCICA**

Máxima: si una empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente, por una parte, deberá probar tal circunstancia por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados por la empresa y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado.

EXTRACTO:

Denuncian que la sentencia apelada incurre en error de juzgamiento, al señalar que el aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato de asistencia médica, relativa a las exclusiones o limitaciones contractuales, constituye una cláusula abusiva, cuando lo cierto es -a su decir- que la misma fue dictada sin que SANITAS se excediera en su libertad de contratación y sin “aprovecharse injustamente de la buena fe de la denunciante”.

Al respecto, el a quo señaló que el contrato de asistencia médica estableció en el aludido aparte 1.3, una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad del asegurado, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos; igualmente, indicó que “resulta abusiva aquella cláusula que englobe como preexistente una universalidad de enfermedades no diagnosticadas ni declaradas al momento de la suscripción del contrato de seguro como lo hizo la aseguradora, más aún cuando el asegurado no tiene conocimiento alguno de tales enfermedades (...)”.

Advertido lo anterior, considera la Sala necesario transcribir el aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato en cuestión, el cual es del tenor siguiente:

“CLAUSULA CUARTA. - EXCLUSIONES O LIMITACIONES CONTRACTUALES:

1. SANITAS, excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos:

(omissis)

1.3 Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, declaradas o no, conocidas o no por el usuario, así como aquellas que puedan derivarse de éstas, sin perjuicio de que se puedan diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. EL CONTRATANTE en nombre propio y en el de los usuarios en cuyo favor estipula y/o cada uno de estos o sus Representantes Legales, o el titular de cada grupo familiar deben manifestar al momento de suscribir la solicitud de afiliación, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades recidivas o que requieran o hubieran requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación a base de medicamentos u otros agentes externos.”. (Resaltados del texto).

En este sentido, se observa que el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 Extraordinario, de fecha 12 de noviembre de 2001, define lo que es la enfermedad preexistente, en los siguientes términos:

“Artículo 116. Se entiende por preexistencia toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado un Contrato de Seguros de hospitalización, cirugía y maternidad y que sea conocida por el tomador, el asegurado o el beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubren las enfermedades preexistentes.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada en-

fermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente". (Negrillas de esta Sala).

Dicha norma establece lo que se entiende por enfermedad preexistente, la cual consiste en un padecimiento cuya existencia pueda comprobarse antes de la celebración del contrato, siempre y cuando sea conocido por el beneficiario; asimismo, indica la norma que cuando se alegue tal preexistencia esta deberá ser probada, por lo cual el asegurado se encontrará en la obligación de someterse a los exámenes médicos necesarios para tales fines.

En este sentido, ha sido criterio de esta Sala que, si una empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente, por una parte, deberá probar tal circunstancia por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados por la empresa y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado. (Vid. sentencia de esta Sala N° 0035 de fecha 17 de enero de 2007).

Por tanto, la Sala considera que, efectivamente, el aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato de asistencia médica suscrito por el denunciante en sede administrativa y SANITAS, se constituye como una cláusula abusiva y genérica, pues se excluye del servicio a toda aquella enfermedad o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación, hayan sido declaradas o no por el contratante, sin importar si la misma era conocida o no por el usuario.

En atención a lo antes expuesto, estima esta Sala, tal como lo indicó el a quo, que cuando el contrato familiar de asistencia médica establece una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad a los fines

de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, esta exclusión prosperará, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación, o en su defecto la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno.

Así se advierte que, en el caso de autos, si bien los Informes Médicos que corren insertos al expediente administrativo señalan que la denunciante, ciudadana Armina Pérez de Montana padecía de la enfermedad “TENDINITIS CÁLCICA DEL SUPRAESPINO DEL LADO IZQUIERDO”, en ellos se precisa que tal padecimiento no resulta suficiente para establecer con certeza el carácter de preexistencia de la enfermedad, además, de que no cursan en autos los exámenes médicos previos a la suscripción del Contrato de Seguros, para demostrar que la ciudadana padecía de la enfermedad.

Tampoco existe prueba en el expediente de la cual se pueda desprender, si la referida ciudadana padecía con anterioridad a la suscripción del contrato de seguro la enfermedad por la cual debía ser intervenida quirúrgicamente y si tenía conocimiento de la misma; en todo caso, correspondía a la empresa aseguradora demostrar mediante exámenes médicos tal circunstancia, pues de las actas que cursan en el expediente administrativo sólo consta al folio 9, una carta emanada de SANITAS VENEZUELA dirigida a la ciudadana Armina Pérez de Montana en fecha 17 de octubre de 2003, en la que se le comunica “que de su contrato de Medicina Prepagada está excluido el cubrimiento a los servicios, que para su prestación requieren autorización por parte de la Compañía, sobre las patologías, a continuación relacionadas, por ser preexistentes a la fecha de afiliación a la Organización”, y seguidamente se especifica: “SECUELA CIRUGIA VESICULAR BILIAR”. (Sic).

Conforme a lo anteriormente expuesto, estima la Sala que la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo no incurrió en error de juzgamiento, al considerar que el aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato de asistencia médica constituye una cláusula abusiva, pues la empresa re-

currente no logró demostrar la preexistencia de la enfermedad a la fecha de suscripción del contrato de asistencia médica, ni que la denunciante tenía conocimiento de su padecimiento; razón por la cual se desestima la denuncia objeto de evaluación. Así se declara.

.....
**TEMA: EXTENSIÓN DE LOS RIESGOS EN EL CONTRATO
DE SEGURO**

Máxima: el asegurado, al momento de suscribir el contrato de asistencia médica, se encuentra en la obligación de declarar con total sinceridad aquellos padecimientos previos al contrato, a fin de determinar la extensión de los riesgos en el contrato de seguro. Ahora bien, las empresas aseguradoras que aleguen una enfermedad preexistente deberán probar la existencia de esa circunstancia de manera clara, precisa y detallada, con anterioridad a la contratación de la póliza.

EXTRACTO:

Alega la parte apelante, que el a quo interpretó erróneamente que la preexistencia de las enfermedades que no sean conocidas o declaradas por el contratante al momento de la suscripción del contrato, como causal de exclusión del servicio médico prestado por SANITAS, constituye un supuesto de hecho genérico a través del cual dicha empresa pretende evadir el cumplimiento de sus obligaciones contractuales.

Respecto a tal denuncia, la Sala observa que la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, indicó que “el hecho de que las enfermedades o padecimientos no sean ni conocidos ni declarados por el contratante aunado a que se pueda diagnosticar sobre bases científicas sólidas constituye una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios

médicos, pues su contenido favorece especialmente a la empresa, contraviniendo el trato equitativo y digno y el debido respeto a los principios de justicia, orden público y buena fe”.

Sobre lo anterior, la Sala reproduce el análisis efectuado el punto N° 3 de este fallo, relativo a lo que debe entenderse como enfermedad preexistente y su conocimiento por parte del usuario, así como a la forma genérica de determinar dicha preexistencia al momento de la suscripción del contrato de asistencia médica.

Aunado a lo expuesto, también comparte la Sala lo decidido por el a quo en cuanto a que, tanto las compañías de seguro como las empresas prestadoras del servicio de medicina prepagada, al momento de la celebración del contrato de asistencia médica, deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufren los usuarios y que por su preexistencia no serán incluidas dentro de los beneficios de dicho contrato; por lo que, como antes se indicó, corresponde a las aludidas empresas realizar los exámenes pertinentes a fin de descartar la existencia de posibles enfermedades que el contratante pudiera padecer.

En razón de lo anterior, estima la Sala que si bien el asegurado al momento de suscribir el contrato de asistencia médica, se encuentra en la obligación de declarar con total sinceridad aquellos padecimientos previos al contrato, a fin de determinar la extensión de los riesgos en el contrato de seguro, las empresas aseguradoras que aleguen una enfermedad preexistente deberán probar la existencia de esa circunstancia de manera clara, precisa y detallada, con anterioridad a la contratación de la póliza.

En consecuencia, se desestima el vicio denunciado por los apelantes relativo al falso supuesto de hecho del fallo dictado por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo. Así se declara.

.....
**TEMA: EXÁMENES MÉDICOS PREVIOS AL CONTRATO
DE SEGURO**

Máxima: la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato y manifestarse con posterioridad; por lo tanto, las empresas prestadoras de estos servicios de asistencia médica no podrán alegar la preexistencia de alguna enfermedad para desamparar o excluir de los servicios que prestan a los usuarios que han contratado los servicios, si al momento de la suscripción del contrato no han dejado constancia expresa de tales padecimientos a través de los exámenes médicos previos, científicamente pertinentes.

EXTRACTO:

Afirman, que la Corte Segunda interpretó erróneamente el aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato de asistencia médica, relativa a las exclusiones o limitaciones contractuales, pues consideró que SANITAS estaba en la obligación de realizarle a la denunciante, previo a la contratación del servicio de asistencia médica, todos los exámenes y diagnósticos médicos necesarios a fin de determinar si ésta padecía de alguna enfermedad preexistente a la afiliación. Igualmente, señalan que dicha causal de exclusión opera independientemente que la enfermedad sea conocida o no por el usuario al momento de contratar.

En este sentido, aunque el a quo en el fallo apelado ciertamente señaló que la enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato y manifestarse con posterioridad, la Sala insiste, en que las empresas prestadoras de estos servicios de asistencia médica, no podrán alegar la preexistencia de alguna enfermedad para desamparar o excluir de los servicios que prestan a los usuarios que han contratado los servicios, si al momento de la suscripción del contrato no han dejado constancia expresa de tales padecimientos a través de los exámenes médicos previos científicamente pertinentes.

Ahora bien, en relación al vicio de falso supuesto de derecho por errónea interpretación, esta Alzada ha sostenido que tal vicio se constituye como un error de juzgamiento que se origina en la construcción de la premisa mayor del silogismo judicial, específicamente, cuando el juez que conoce del caso aunque aprecie correctamente los hechos y reconoce la existencia y validez de la norma jurídica apropiada a la relación controvertida, distorsiona el alcance del precepto general, dando como resultado situaciones jurídicas no previstas en la concepción inicial del dispositivo. (Vid. entre otras, sentencia Nro. 00937 de fecha 30 de septiembre de 2010).

De manera que, para estar en presencia de un error de juzgamiento de esta naturaleza, resulta imprescindible que exista una total correspondencia entre la situación material objeto de examen y el precepto normativo cuya interpretación se aduce inexacta. De lo contrario, si la norma escogida por el sentenciador no es efectivamente aplicable al supuesto de hecho controvertido, el error in iudicando que se configura, lejos de constituir técnicamente una errónea interpretación de ley, daría lugar más bien a una falsa aplicación de una norma jurídica vigente, o a cualquier otra modalidad de falso supuesto de derecho. (Vid. Sentencia Nro. 01614 de fecha 11 de noviembre de 2009, caso: Sucesión de Jesús Ovidio Avendaño Benítez).

Aplicando el anterior criterio al caso de autos, observa esta Alzada que el falso supuesto de derecho lo fundamentó la parte apelante en la errónea interpretación del aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato de asistencia médica, suscrito entre la denunciante y la empresa SANITAS, en sede administrativa, y no en la errónea interpretación de norma jurídica alguna de la cual pueda desprenderse que el a quo haya realizado una mala interpretación de la ley, en razón de lo cual resulta improcedente la denuncia de la parte actora en los términos planteados. Así se decide.

No obstante lo anterior, de los argumentos expuesto por la parte apelante se desprende que los mismos se configuran como un alegato de falso

supuesto de hecho y no como un falso supuesto de derecho, pues están dirigidos a desestimar lo afirmado por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo en relación a la obligación por parte de SANITAS de realizarle a la denunciante, previo a la contratación del servicio de asistencia médica, todos los exámenes médicos necesarios a fin de determinar si ésta padecía de alguna enfermedad preexistente a la afiliación.

Al respecto, esta Alzada debe reproducir lo expuesto en los puntos 3 y 4 de la motiva de este fallo, cuando se analiza la denuncia de falso supuesto de hecho por errónea interpretación del aludido aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato de asistencia médica.

En esa oportunidad se indicó, entre otros pronunciamientos, que si la empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente, deberá probar tal circunstancia, a través de los exámenes a los cuales el asegurado estuvo obligado a someterse, y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probar la preexistencia de una enfermedad, adicionalmente, la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado.

En consecuencia, se declara improcedente la denuncia objeto de análisis. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01094.

FECHA: 10 de agosto de 2011.

PARTES: Mercantil Seguros, C.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

.....
**TEMA: ESCASEZ DE REPUESTOS Y LA REPARACIÓN DEL
VEHÍCULO SINIESTRADO (CAUTELAR)**

Máxima: la empresa aseguradora, con ocasión a la prestación del servicio, al ofrecer una póliza de seguros, debe cubrir o precaver la escasez de repuestos, en el sentido que el asegurado al cumplir con la prima como contraprestación del servicio, se le debe garantizar el cumplimiento del referido contrato.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala pronunciarse sobre la apelación ejercida por la representación judicial de la sociedad de comercio Mercantil Seguros, C.A., contra la sentencia N° 2010-001015, dictada el 21 de octubre de 2010 por la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo, en lo atinente a la declaratoria de improcedencia de la medida cautelar de suspensión de efectos requerida.



Al respecto, se aprecia que la parte apelante indica que la sentencia objeto de apelación interpretó erróneamente el artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, vigente para la fecha, pues estimó que de la lectura efectuada a dicha norma se evidencia el supuesto de hecho imputable a la sociedad de comercio Mercantil Seguros, C.A., relativo a que las aseguradoras deben garantizar a sus clientes el cumplimiento de los contratos de las pólizas de sus vehículos, aun en circunstancias como la escasez de repuestos.

Asimismo, alega que la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo no valoró correctamente el contenido del artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, ni los alegatos esgrimidos por su representada relativos al falso supuesto de hecho en el que incurrió el Órgano Administrativo, lo cual evidencia el grave error de juzgamiento por parte del a quo.

Al respecto, observa esta Máxima Instancia que el a quo señaló en el fallo apelado, que de la referida norma “surge el supuesto imputable a la empresa aseguradora, con ocasión a la prestación de servicio siendo que al ofertar un Póliza de Seguros la misma debe estar cubierta contra circunstancias tales como la escasez de repuestos, en el sentido de que el asegurado al cumplir con la prima como contraprestación del servicio, se le debe garantizar el cumplimiento del referido contrato”.

Así, esta Sala aprecia que en la Resolución s/n de fecha 29 de julio de 2008, el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario (INDECU), indicó lo siguiente:

“En este mismo sentido, se aprecia que si bien es cierto que la compañía aseguradora logró conseguir ciertos repuestos, no fueron en su totalidad, ni en un tiempo hábil y oportuno, a su vez que se excusa de la ausencia o falta de stock de repuestos para el modelo de camión objeto de la denuncia, sin embargo, en autos no existe evidencia (solicitud o respuesta), que demuestre que la SEGUROS MERCANTIL, C.A., se haya dirigido efectivamente a la empresa ensambladora o importadora del vehículo (sic) de marras en este caso, Mitsubishi Motors ó MMC Automotriz que demuestre que la ausencia de repuestos se debe efectivamente a la falta de previsión del importador-fabricante.

Es decir, que en autos no hay evidencia que demuestre que SEGUROS MERCANTIL, C.A., procediera conforme lo establece el ordenamiento jurídico vigente, a proporcionar al denunciante la diligencia necesaria para repararle y entregar el vehículo (sic) siniestrado en un tiempo razonable, así como informarlo de la situación oficial en cuanto al inventario de repuestos existentes y disponibles para su vehículo (sic).

(omissis)

En este caso concreto, parte de ese servicio de calidad, continuo y eficiente, al cual está obligado a brindar la empresa proveedora del

servicio, se destaca el derecho que tiene el denunciante de obtener una respuesta oportuna, eficaz y sin dilación alguna en la prestación del servicio contratado, situación que en el presente caso no ocurrió.

(omissis)

El objetivo primordial [del artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario], es proteger al consumidor y usuario en su condición de débil jurídico en las transacciones del mercado a fin de que el comerciante y proveedor le de (sic) cumplimiento real y efectivo a lo pactado o convenido mucho más en aquellos casos en que una vez lograda su finalidad de captar a la clientela necesaria para su existencia; preste el servicio de manera distinta a la ofrecida o incumplida con alguna de las condiciones acordadas o convenidas, como ocurre en el presente caso”.

Ahora bien, del análisis preliminar del acto impugnado y de la lectura efectuada a los artículos 92 y 122 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, se evidencia que el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario (INDECU) señaló que la sociedad mercantil recurrente no prestó de manera óptima el servicio contratado por el denunciante; conducta que subsumió en el supuesto de hecho establecido en el artículo 92 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, y sancionó de conformidad con lo previsto en el artículo 122 eiusdem.

De lo anterior se desprende que el pronunciamiento efectuado por la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo, se encuentra fundamentado en los hechos expuestos en la Resolución recurrida y en los elementos cursantes en autos; razón por la cual, considera esta Sala que el análisis respecto al alcance y adecuada aplicación de las normas que sirvieron de fundamento para dictar el acto, corresponde al a quo en la sentencia de mérito y no en esta fase cautelar del proceso. En consecuencia, se desecha el primer alegato de error de juzgamiento del fallo por la errónea interpretación de los artículos 92 y 122 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, vigente para la fecha. Así se declara.

Por otra parte, aduce la representación judicial de la parte apelante que el fallo dictado por la prenombrada Corte adolece del vicio de error de juzgamiento por falso supuesto de hecho, ya que estimó erróneamente que su representada no dio cabal cumplimiento al Contrato celebrado con el denunciante, cuando lo cierto es que en todo momento mantuvo una conducta apegada a lo establecido en la Cláusula 1 de las Condiciones Particulares de la Póliza.

En tal sentido, manifiesta que la falta de reparación del vehículo propiedad del denunciante, se debió única y exclusivamente a la escasez de repuestos y no a una supuesta conducta negligente de su representada; por lo que, la recurrida “incurrió en un grave error de juzgamiento, [pues] estimó de forma errada que Mercantil Seguros no cumplió cabalmente con sus obligaciones contractuales, cuando lo cierto es que: (i) Mercantil Seguros fue diligente en la obtención de los repuestos requeridos para la reparación del vehículo del denunciante, pues dicha empresa emitió sucesivas y múltiples órdenes de pago de los innumerables repuesto (sic) que necesitó el mencionado vehículo; y (ii) para el caso de aquellos pocos repuestos que no fueron encontrados por los proveedores, Mercantil Seguros ofreció su valor al denunciante mediante cheque, con lo cual cumplió a cabalidad su contrato de seguros”. (Destacado del texto).

Con relación a este alegato, aprecia esta Sala Político-Administrativa en esta etapa cautelar, que en la Resolución objeto de impugnación el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario (INDECU) estimó que la sociedad de comercio Mercantil Seguros, C.A., no prestó un servicio adecuado ni oportuno al denunciante, conducta por la cual le impuso la sanción de multa prevista en la normativa legal vigente para la fecha. Ahora bien, la decisión dictada por el a quo se encuentra fundamentada en los hechos expuestos en la Resolución recurrida y en los elementos cursantes en autos; por tal razón, considera esta Máxima Instancia que el análisis de la veracidad de los hechos explanados por las partes, corresponde a la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo

en la sentencia que resuelva el fondo del asunto, previa valoración de los elementos cursantes en autos y de aquellas probanzas que consignen las partes durante el desarrollo del juicio. En consecuencia, se desestima el argumento relativo al error de juzgamiento por falso supuesto de hecho. Así se declara.

Por último, denuncian los apoderados judiciales de la sociedad mercantil apelante que, en la sentencia recurrida, la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo incurre en incongruencia negativa, pues al momento de analizar la existencia del *fumus boni iuris*, omitió pronunciarse sobre los vicios denunciados por su representada “relativos a: (i) inmotivación de la multa impuesta; (ii) Violación al principio de tipicidad de las sanciones; y (iii) falso supuesto de derecho. Tales vicios también constituían parte del fundamento expuesto por (...) a los fines de demostrar la procedencia de la medida cautelar solicitada”.

Exponen, que el a quo debió analizar cada una de las denuncias formuladas por su representada, pues de ellas se desprendía el buen derecho a favor de la empresa aseguradora.

Con relación al vicio de incongruencia, esta Sala Político-Administrativa mediante sentencia N° 00868, de fecha 30 de junio de 2011, señaló lo que sigue:

“Debe esta Sala precisar que doctrinariamente se ha reconocido que la decisión que se dicte en el curso del proceso no debe contener expresiones o declaratorias implícitas o sobreentendidas, debiendo por el contrario ser exhaustiva, es decir, pronunciarse sobre todos los pedimentos formulados en el debate, para dirimir el conflicto de intereses que le ha sido sometido en el proceso. La inobservancia de tal requerimiento deriva en el vicio de incongruencia, que tiene su fundamento legal en el ordinal 5° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil, conforme al cual el juzgador está obligado a emitir una decisión expresa, positiva y precisa, con arreglo a la pretensión deducida y a las excepciones o defensas opuestas,

atendiendo a lo alegado y probado por las partes en litigio.

De manera que el vicio en referencia se produce cada vez que el juzgador altera o modifica el problema judicial debatido, ya sea porque no resuelve sólo sobre lo alegado, o bien porque no decide sobre todo lo alegado, diferenciándose así lo que doctrinaria y jurisprudencialmente se ha entendido como incongruencia positiva y negativa.

(omissis)

Adicionalmente, esta Alzada considera necesario responder el alegato formulado por la parte apelante respecto a que el a quo no se pronunció sobre todos los vicios denunciados del acto administrativo recurrido, a lo cual se impone en primer lugar destacar que en el ámbito de los poderes del Juez contencioso administrativo en el otorgamiento de medidas cautelares, se han definido una serie de limitaciones al momento de efectuar el análisis de la pretensión cautelar, partiendo del carácter accesorio, provisorio y reversible de las medidas de tal naturaleza.

Así, lo que se persigue del Juez en el examen de la procedencia de una solicitud de suspensión de efectos como la que ha formulado la representación judicial de Mercantil Seguros C.A., no es sino un estudio preliminar sobre las probabilidades de éxito del justiciable con base en los argumentos en los que aquél soporta la necesidad o conveniencia de suspender temporalmente los efectos propios de un acto que goza de una presunción de legalidad; estudio que habrá de realizarse bajo un esquema de serias deducciones y una técnica de provisionalidad.

De esta forma, el juzgador analiza y, de ser el caso, declara la existencia de una presunción de buen derecho invocado por el accionante, partiendo del soporte no sólo fáctico sino jurídico dado por aquél, pero sin resolver la litis, cuestión que deberá abordar en la oportunidad de decidir el mérito de la causa. En otras palabras, la decisión de la medida cautelar no implica que el Juez de la causa en

cualquiera de sus instancias se aparte, más allá de lo conveniente para una adecuada y sana administración de justicia en sede cautelar, de las circunstancias de hecho y de derecho del fondo, siempre que ello no se traduzca en una declaratoria concreta respecto a la legalidad o no del acto impugnado, cuestión que constituiría un prejuzgamiento respecto al fondo del juicio y contrario a los anotados caracteres de provisionalidad, reversibilidad y accesoriedad. (Ver sentencia de esta Sala N° 183 del 14 de febrero de 2008)". (Destacado de esta decisión).

Conforme al criterio expuesto, al momento de emitir pronunciamiento con relación a una medida cautelar, el juzgador debe analizar, preliminarmente, las circunstancias de hecho y de derecho invocadas por el accionante para advertir la existencia del *fumus boni iuris*, pero sin que ello implique un prejuzgamiento respecto al fondo de la causa.

Precisado lo anterior, aprecia esta Máxima Instancia que en la sentencia apelada la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo emitió pronunciamiento únicamente con relación a lo pretendido por la representación judicial de la sociedad de comercio Mercantil Seguros, C.A., lo cual era, la procedencia o no de la medida cautelar de suspensión de efectos del acto recurrido.

Así las cosas, se observa que existe correspondencia entre lo decidido por el a quo y la pretensión formulada por la empresa aseguradora, razón por la cual estima la Sala que el fallo apelado no incurrió en el vicio de incongruencia negativa, pues resolvió todo lo pretendido por la sociedad de comercio Mercantil Seguros, C.A., en esta etapa cautelar, tal como lo dispone el ordinal 5° del artículo 243 del Código de Procedimiento Civil. Así se declara.

De conformidad con los razonamientos expuestos y desechados como han sido los argumentos explanados por la parte apelante contra el fallo dictado por el a quo, esta Sala Político-Administrativa declara sin lugar la

apelación ejercida y, en consecuencia, confirma la sentencia recurrida. Así se declara.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 01165.

FECHA: 21 de septiembre de 2011.

PARTES: Sanitas de Venezuela, S.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIA).

.....

TEMA: RECHAZO DE LA COBERTURA EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: si una empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente, por una parte, deberá probar tal circunstancia por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados por la empresa y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado.

EXTRACTO:

Corresponde a esta Sala, resolver la apelación interpuesta por la sociedad mercantil Sanitas Venezuela S.A., contra la sentencia dictada por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, Nro. 2009-01229 de fecha 13 de julio de 2009, mediante la cual se declaró sin lugar el recurso contencioso administrativo de nulidad incoado contra la Resolución s/n de fecha 26 de marzo de 2007 emanada del CONSEJO DIRECTIVO DEL INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y DEL USUARIO (INDECU) hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a

los Bienes y Servicios (INDEPABIS)-, que resolvió el recurso jerárquico planteado contra “el acto administrativo dictado el 30 de junio de 2007 (...) por el Presidente del INDECU, que declaró sin lugar el recurso de reconsideración interpuesto contra la decisión de fecha 20 de diciembre de 2004, por medio de la cual se sancionó a la referida sociedad mercantil con multa por la cantidad de quinientas unidades tributarias (500 U.T.). En consecuencia, FIRME el acto administrativo dictado por el INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y DEL USUARIO (...)”, declarándolo improcedente.

Dicho esto, pasa a esta Sala a decidir (en el mismo orden en que fueron planteados) cada uno de los vicios que según los apoderados judiciales de la recurrente afectan la validez del fallo apelado, lo cual hace del modo siguiente:

Al haberse establecido que “SANITAS nunca probó la preexistencia de la enfermedad y únicamente se limitó a negar el incumplimiento contractual”.

Precisado lo anterior, advierte la Sala que la estipulación contractual invocada por la recurrente para justificar el rechazo de la cobertura que le fue reclamada (cláusula cuarta del “CONTRATO FAMILIAR DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA”), establece:

“(...) EXCLUSIONES O LIMITACIONES CONTRACTUALES. 1. SANITAS, excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos: 1.1. Enfermedades que sean consecuencia de malformaciones, imperfecciones, deformaciones y/o anomalías congénitas o genéticas y la corrección de las mismas. 1.2. Enfermedades transmisibles que sean declaradas como epidemias por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1.3. Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, declaradas o no, conocidas o no por el usuario, así como aquellas que puedan derivarse de éstas,

sin perjuicio de que se puedan diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. EL CONTRATANTE en nombre propio y en el de los usuarios en cuyo favor estipula y/o cada uno de éstos o sus Representantes Legales, o el titular de cada grupo familiar deben manifestar al momento de suscribir la solicitud de afiliación, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades recidivas o que requieran o hubieran requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación a base de medicamentos u otros agentes externos. Expresándolo así, la afección se tendrá como preexistente y, en consecuencia, ajena a las prestaciones contractuales pactadas. En caso de preexistencias SANITAS se reserva el derecho de aceptar o de negar el ingreso del usuario en cuestión o del grupo de usuarios y aceptándolo se entenderá incorporada al contrato la Cláusula de EXENCIÓN para SANITAS en cuanto a la prestación de servicios relativos a la preexistencia o afecciones derivadas de la misma, respecto de las declaradas y de las que se llegaren a determinar con posterioridad. En anexo que forma parte integral del contrato, se incluyen las preexistencias y demás exclusiones de cada usuario en particular, identificadas inicialmente, sin perjuicio de su actualización con las que se identifiquen sobre bases científicas sólidas durante la ejecución del contrato (...).

Conforme se aprecia, según la cláusula anteriormente transcrita “las enfermedades (...) preexistentes a la fecha de la afiliación de un usuario al contrato, declaradas o no, conocidas o no (...)”, eximen a la recurrente de prestar el servicio por el que fue contratada. Siendo así, corresponde verificar si la interpretación que de dicha estipulación efectuó el tribunal a quo, es la correcta, esto es, si a la empresa que decida ofrecer el servicio de medicina prepagada le corresponde realizarles a sus futuros usuarios una serie de exámenes médicos a fin de determinar, antes de la celebración del contrato, si éstos tienen alguna enfermedad previa. En tal sentido resulta oportuna la cita de la decisión dictada por esta Sala Nro. 01001 de fecha 21 de julio de 2011, en la que se indicó:

“(…) En este sentido, se observa que el artículo 116 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.553 Extraordinario, de fecha 12 de noviembre de 2001, define lo que es la enfermedad preexistente, en los siguientes términos: “Artículo 116. Se entiende por preexistencia toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado un Contrato de Seguros de hospitalización, cirugía y maternidad y que sea conocida por el tomador, el asegurado o el beneficiario. Salvo pacto en contrario los contratos de seguros no cubren las enfermedades preexistentes. Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente”. (...) Dicha norma establece lo que se entiende por enfermedad preexistente, la cual consiste en un padecimiento cuya existencia pueda comprobarse antes de la celebración del contrato, siempre y cuando sea conocido por el beneficiario; asimismo, indica la norma que cuando se alegue tal preexistencia esta deberá ser probada, por lo cual el asegurado se encontrará en la obligación de someterse a los exámenes médicos necesarios para tales fines. En este sentido, ha sido criterio de esta Sala que, si una empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente, por una parte, deberá probar tal circunstancia por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados por la empresa y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado. (Vid. sentencia de esta Sala N° 0035 de fecha 17 de enero de 2007). (...) En atención a lo antes expuesto, estima esta Sala, tal como lo indicó el a quo, que cuando el contrato familiar de asistencia médica establece una

forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, esta exclusión prosperará, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación, o en su defecto la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno (...).

Como se observa, esta Sala Político-Administrativa coincide con la conclusión a la que arribó el tribunal de origen, esto es, que no basta con aludir la preexistencia de la enfermedad (por parte de la empresa contratada para prestar el “Servicio de Asistencia Médica”), para justificar la no cobertura respecto al requerimiento que hubiere sido planteado por determinado usuario, sino que resulta indispensable que este último, antes de suscribir el contrato que tiene por objeto el advertido servicio, esté en conocimiento de dicha circunstancia, lo cual no ocurrió en el caso.

En consecuencia, con base en las anteriores consideraciones se declara improcedente el vicio referido al presunto error de juzgamiento por haberse establecido que “SANITAS nunca probó la preexistencia de la enfermedad (...)”. Así se decide.

Error de juzgamiento por falso supuesto de derecho, por cuanto el a quo interpretó erróneamente al aparte 1.3 del Contrato de asistencia médica al considerar que “SANITAS estaba obligada a realizarle al denunciante, previo a la contratación, los exámenes y diagnósticos médicos necesarios a fin de determinar si éste padecía de alguna enfermedad preexistente”.

Ahora bien, tomando en cuenta que el vicio de falso supuesto de derecho ocurre cuando el pronunciamiento judicial se apoya en una norma que no resulta aplicable al caso concreto, es improcedente sostener que la sentencia apelada está afectada del mismo, por la interpretación que efectuó de una cláusula del contrato vinculado con el tema objeto de controversia, toda vez que el análisis de una de las documentales aportadas al debate

por una partes, no constituye la aplicación de una norma, sino el ejercicio propio de la motivación de los fallos y por tal motivo se declara improcedente la referida defensa. Así se declara.

Adicionalmente y vistas las razones que dan sustento al vicio denunciado, se ratifica la conclusión a la que se arribó en los párrafos precedentes, esto es, que alegato de la preexistencia de la enfermedad (por parte de la empresa contratada para prestar el Servicio de Asistencia Médica), no es suficiente para justificar la no cobertura respecto al requerimiento que hubiere sido planteado por determinado usuario, sino que resulta indispensable que este último, antes de suscribir el contrato que tiene por objeto el advertido servicio, esté en conocimiento de dicha circunstancia conforme fue declarado por esta Sala ante un caso similar (Ver sentencia nro. 0101 de fecha 21 de julio de 2011). Así se declara.

.....
**TEMA: PÓLIZA FAMILIAR NO ES UN CONTRATO PRO
FORMA**

Máxima: los contratos pro forma son aquellos que tienen un formato único preestablecido, para cuya elaboración sólo interviene una de las partes contratantes, es decir, el proveedor de un bien o servicio, por lo que no se contempla la posibilidad de que el beneficiario pueda negociar la modificación de alguna de sus cláusulas; en tal virtud, este tipo de contratos no guarda diferencia alguna con los contratos de adhesión.

Máxima: el contrato familiar de servicios de asistencia médica suscrito entre el afiliado y SANITAS se configura como un contrato de adhesión en el que, para su formación, no interviene en ningún momento la voluntad del asegurado.

EXTRACTO:

Error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos, toda vez que, a decir de la parte apelante, la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo interpretó erróneamente que el Contrato de asistencia médica, al sostener que se trata de un contrato de adhesión y en relación a estos últimos, resulta oportuna la cita de la sentencia dictada por esta Sala Político Administrativa, Nro. 00055 de fecha 19 de enero de 2011, en la que se indicaron los aspectos definidores de ese tipo de contratos. En efecto en el citado fallo se indicó:

“(...) En tal sentido, esta Sala en reiteradas oportunidades ha establecido que: “(...) En el caso bajo estudio, la referida cláusula se encuentra contenida en un contrato de apertura de cuenta bancaria, que reúne las características de un típico contrato de adhesión, en donde queda excluida cualquier posibilidad de debate o dialéctica entre las partes. En efecto, en el contrato de adhesión, tal como lo ha puesto de relieve la doctrina y la jurisprudencia, las cláusulas son previamente determinadas por uno solo de los contratantes, de modo que el otro contratante se limita a aceptar cuanto ha sido determinado por el primero. (Vid. Sentencia SPA N° 01761 del 18 de noviembre de 2003)”. Con vista en lo señalado por la doctrina y jurisprudencia acerca de los contratos de adhesión, queda claro que en la formación de los contratos de esta naturaleza no participa la voluntad de uno de los contratantes, es decir, en este caso del cliente, habida cuenta de que las cláusulas son previamente determinadas por el banco, no existiendo en consecuencia la posibilidad de que el contratante discuta el contenido de las mismas, sino que en todo caso se limita a suscribirlas en las mismas condiciones que le han sido presentadas (...)”.

Conforme se aprecia, la característica fundamental de los mencionados contratos de adhesión radica en que sus cláusulas son previamente determinadas por una de las partes, sin que la otra participe en su redac-

ción, conforme a lo previsto en el artículo 81 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario (Gaceta Oficial Nro. 37.930 de fecha 4 de mayo de 2004), aplicable *ratione temporis*, que establece: “Se entenderá como contrato de adhesión, a los efectos de esta Ley, aquel cuyas cláusulas han sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios, sin que el consumidor pueda discutir o modificar substancialmente su contenido al momento de contratar. La inserción de otras cláusulas en el contrato no altera la naturaleza descrita de contrato de adhesión.” (Destacado de esta Sala).

Ahora bien, según los apoderados judiciales de la recurrente las convenciones celebradas por su representada si bien se ajustan a un “modelo previamente establecido”, no constituyen un contrato de adhesión, sino un contrato “pro-forma”, respecto a los cuales resulta oportuno destacar que según decisión dictada por esta Sala Nro. 01001 de fecha 21 de julio de 2011 (antes citada): “(...) son aquellos que tienen un formato único preestablecido, para cuya su elaboración sólo interviene una de las partes contratantes, es decir, el proveedor de un bien o servicio, por lo que no se contempla la posibilidad de que el beneficiario pueda negociar la modificación de alguna de sus cláusulas; en tal virtud, este tipo de contratos no guarda diferencia alguna con los contratos de adhesión (...)”.

En atención a lo anteriormente expuesto, concluye esta Alzada que no erró el a quo al señalar que el Contrato Familiar de Servicios de Asistencia Médica, suscrito entre el ciudadano José María López (denunciante en sede administrativa) y SANITAS, se configura como un contrato de adhesión, pues tal como antes se indicó, para su formación no interviene en ningún momento la voluntad del asegurado.

Por lo tanto, con base en las anteriores consideraciones, se declara improcedente el vicio referido al presunto error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos al haberse establecido “(...) que el Contrato de asistencia médica es un contrato de adhesión (...)” Así se decide.

.....
**TEMA: PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD. CLÁUSULA
GENÉRICA “PUDIERA SER CONOCIDA O NO”**

Máxima: la expresión “preexistencia” pudiera ser “conocida o no” por el usuario, atiende a ilimitadas situaciones que pueden encuadrar dentro de tal supuesto, lo que implica una estipulación contractual genérica que carece de certeza.

EXTRACTO:

Error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos, por cuanto la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo “estimó erróneamente que el supuesto de la preexistencia como causal de exclusión del servicio médico prestado por SANITAS, constituye un supuesto genérico a través del cual SANITAS pretende evadir sus obligaciones contractuales, cuando lo cierto es que se trata de un supuesto específico”.

En este orden de ideas, resulta oportuno revisar nuevamente el contenido del contrato que fue acompañado al recurso de nulidad, específicamente la estipulación en la que se advierte de la preexistencia de la enfermedad, como motivo para negar la cobertura que fuere solicitada. Así, de un examen de la citada convención se aprecia que en su cláusula cuarta se lee: “(...) EXCLUSIONES O LIMITACIONES CONTRACTUALES. 1. SANITAS, excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos: (...). 1.3. Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, declaradas o no, conocidas o no por el usuario, así como aquellas que puedan derivarse de éstas (...)”. (Destacado de esta Sala).

Como se observa, si bien en la mencionada convención contractual se estableció la preexistencia de la enfermedad, como un motivo válido para justificar que la recurrente no esté obligada a prestar el servicio por el

cual fue contratada, se advierte que se indicó que la referida preexistencia podía ser “conocida o no” por el usuario, lo cual atendiendo a las ilimitadas situaciones que pueden encuadrar dentro del señalado supuesto (que conllevarían a que nunca se tendría certeza, antes de contratar, si el padecimiento de salud por él que se reclama el servicio, se trata de una enfermedad preexistente desconocida), debe concluirse, conforme lo declaró el a quo y comparte esta Sala, que se trata de una estipulación contractual genérica. Así se decide.

En apoyo a la anterior conclusión, resulta oportuna la cita de la decisión dictada por esta Sala Nro. 01001 de fecha 21 de julio de 2011, en la que se indicó:

“(…) Por tanto, la Sala considera que, efectivamente, el aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato de asistencia médica suscrito por el denunciante en sede administrativa y SANITAS, se constituye como una cláusula (...) genérica, pues se excluye del servicio a toda aquella enfermedad o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación, hayan sido declaradas o no por el contratante, sin importar si la misma era conocida o no por el usuario. En atención a lo antes expuesto, estima esta Sala, tal como lo indicó el a quo, que cuando el contrato familiar de asistencia médica establece una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, esta exclusión prosperará, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación, o en su defecto la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno (...)”.

De modo que, con base en las anteriores consideraciones se declara improcedente el vicio referido al presunto error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos al haberse establecido que en el modo en que está concebida la “preexistencia como causal de exclusión del servicio mé-

dico prestado por SANITAS” en el contrato acompañado al libelo, constituye un supuesto genérico. Así se decide.

.....

TEMA: NULIDAD DE LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS EN EL CONTRATO DE SEGURO

Máxima: se considerarán nulas de pleno derecho las cláusulas o estipulaciones establecidas en el contrato de adhesión que impongan condiciones injustas de contratación o exageradamente gravosas para el consumidor, le causen indefensión o sean contrarias al orden público y la buena fe.

EXTRACTO:

Error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos, por cuanto la Corte Segunda en lo Contencioso Administrativo interpretó erróneamente que el aparte 1.3 de la Cláusula cuarta del Contrato constituye una cláusula abusiva.

Ahora bien, de un examen de las actas que integran el expediente, se aprecia que el debate en relación al señalado aspecto se circunscribe a establecer si la cláusula en sustento a la cual la recurrente se excusó de no brindar la cobertura que le fue reclamada, constituye una estipulación abusiva y en tal sentido, antes de establecer una conclusión sobre dicho aspecto, resulta pertinente la cita de la decisión dictada por esta Sala Nro. 01024 de fecha 21 de octubre de 2010, en la que se lee:

“(…) Señala la parte apelante, respecto a la calificación de abusivas que hace la sentencia apelada de las Condiciones Generales de Contrato para la Emisión de Tarjetas de Crédito y de las Condiciones Generales de los Servicios de Cuenta Corriente, que ambos textos fueron aprobados por la SUDEBAN en su condición de órgano

contralor de la actividad financiera y que la Cláusula específica que autoriza al banco a debitar de la cuenta nómina de los cuentacorrentistas por vía de la compensación de deudas, resulta ser una cláusula absolutamente lícita, coincidente y redundante con una norma legal vigente contenida en nuestro Código Civil, que simplemente prevé una forma igualmente lícita, común, generalizada y eficaz para la extinción de las obligaciones”. (...) Las cláusulas transcritas son impuestas a los clientes por las Instituciones Financieras, sin que exista la posibilidad para aquéllos de participar en su formulación. En efecto, la cláusula primera de las Condiciones Generales de los Servicios de Cuenta Corriente establece expresamente que el cliente, por el solo hecho de solicitar al banco cualquiera de los servicios de las cuentas corrientes acepta y queda sujeto a las estipulaciones contenidas en este documento aplicables al servicio solicitado, asumiendo la obligación de conocerlas en todo su alcance y contenido. En efecto, las referidas Condiciones Generales entran en la categoría de los llamados contratos de adhesión, en los cuales queda excluida cualquier posibilidad de debate o dialéctica entre las partes, pues las cláusulas son previamente determinadas por uno solo de los contratantes, de modo que el otro contratante se limita a aceptar cuanto ha sido establecido por el primero. (Vid. Sentencia de esta Sala No. 962 de fecha 1° de julio de 2003). En este orden de ideas, resulta necesario traer a colación lo dispuesto por la Sala Constitucional de este Máximo Tribunal en la sentencia No. 85 del 24 de enero de 2002, en la cual estableció lo siguiente: “El que una persona sea capaz no significa que su consentimiento siempre pueda ser manifestado libremente, sin sufrir presiones o influencias que lo menoscaben. Por ello, independientemente de los vicios clásicos del consentimiento (error, dolo o violencia), algunas leyes tienen recomendaciones, normas y otras disposiciones que persiguen que las personas expresen su voluntad con pleno conocimiento de causa o alertados sobre aspectos del negocio. La Ley de Protección al Consumidor y al Usuario es de esa categoría de leyes, en su articulado referente a las obligaciones de los pro-

veedores de bienes y servicios, contratos de adhesión y a la información sobre precios, pesos y medidas. Con este tipo de leyes, el legislador ha tratado que el derecho se adapte a la realidad social, ya que un derecho divorciado de la realidad antro-po-sociológica, es un derecho necesariamente lesivo a los seres humanos. Hace la Sala estas anotaciones, porque la autonomía de la voluntad de las contratantes en la realidad no es tan libre, ni exenta de influencias, que pueden sostenerse que ella actúa plenamente en cada persona por ser ella capaz. Quien se encuentra en situación de necesidad es mucho más vulnerable que quien no lo está, en el negocio que repercute sobre esa situación, y ello que lo ha tenido en cuenta el legislador, también lo debe tener en cuenta el juzgador, por lo que fuera de la calificación de usuraria de algunas cláusulas contractuales, a otras podría considerarlas como contrarias a las buenas costumbres, cuando ellos inciden en desequilibrar la convivencia humana. Así como la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, señala una serie de normas para salvaguardar al consumidor (*latu sensu*), las cuales a veces regulan hasta las menciones de los contratos (...). (Destacado de esta decisión).

Como se advierte de la anterior cita, la desigualdad que conlleva su aplicación constituye uno de los elementos definidores de una cláusula abusiva y se manifiesta cuando se establecen condiciones que sólo benefician a una de las partes del contrato, es decir en una dirección absolutamente opuesta a lo previsto en las leyes (derogadas y vigentes), relacionadas con el tema debatido en este juicio, que están orientadas a proteger a los consumidores y usuarios de determinado servicio, siendo oportuna la cita de los ejemplos siguientes:

Artículo 21 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.
(Gaceta Oficial Nro. 4.898 de fecha 17 de mayo de 1995).

“No producirán efecto alguno las cláusulas o estipulaciones en los contratos de adhesión que: 1. Otorguen a una de las partes la facul-

tad de resolver a su solo arbitrio el contrato, salvo cuando ella se conceda al comprador en las modalidades de venta por correo (...)

2. Establezcan incrementos de precio por servicio, accesorios, aplazamientos, recargos o indemnizaciones (...) 3. Hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor. 4. Priven al consumidor o al usuario de su derecho a resarcimiento frente a deficiencias que afecten la utilidad o finalidad esencial del producto o servicio y 5. Estén redactados en términos vagos o imprecisos (...)."

Artículo 87 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario. (Gaceta Oficial Nro. 37.930. 4 de mayo de 2004).

"Se considerarán nulas de pleno derecho las cláusulas o estipulaciones establecidas en el contrato de adhesión que: (...) 8. imponga[n] condiciones injustas de contratación o exageradamente gravosas para el consumidor, le causen indefensión o sean contrarias al orden público y la buena fe (...)."

Artículo 9 de la Ley del Contrato de Seguro. (Gaceta Oficial Nro. 5.552 de fecha 12 de noviembre de 2001).

"Los contratos de seguros no podrán contener cláusulas abusivas o tener carácter lesivo para los tomadores, los asegurados o los beneficiarios. Los contratos de seguros se redactarán en forma clara y precisa. Se destacarán de modo especial las cláusulas que contengan la cobertura básica y las exclusiones. (...)."

Artículo 129 de la Ley de la Actividad Aseguradora. (Gaceta Oficial Nro. 5.990 de fecha 29 de julio de 2010).

"Son derechos de los tomadores, los asegurados o los beneficiarios de los seguros y los contratantes de planes o servicios de salud de medicina prepagada, los siguientes: 1. Elegir libremente la empre-

sa de seguros o de medicina prepagada que cubrirá los riesgos a los cuales está expuesto; en consecuencia, ninguna institución o empresa, en especial los bancos, entidades de ahorro y préstamo y demás entidades financieras regidas por la ley que regula la materia bancaria y las concesionarias o sociedades mercantiles, cuyo objeto social sea la venta de vehículos y cualquier otro bien o servicio, podrá en la realización de sus operaciones, obligar a los solicitantes o deudores a suscribir pólizas de seguro o contratos a través de un determinado intermediario, empresa de seguros o de medicina prepagada. 2. Acceder al sistema asegurador sin ningún tipo de discriminación. 3. Escoger libremente los proveedores de insumos o servicios (...) 4. Obtener información adecuada sobre las diferentes pólizas, planes o servicios de salud que les permitan elegir conforme a su interés o necesidad. 5. Protección de sus intereses económicos, en reconocimiento de su condición de débil jurídico de la actividad aseguradora y tendrán derecho a ser indemnizados por los daños y perjuicios que le hayan sido causados (...).

Conforme se infiere de las disposiciones legales anteriormente transcritas, los usuarios o consumidores de determinado servicio y específicamente los contratantes de los planes o servicios de salud, deben tener exacto conocimiento, antes de suscribir el contrato respectivo, del alcance de la cobertura contratada, de lo que sigue que resulte abusivo que se redacte una cláusula que exonere a la compañía que presta el servicio de su deber de responder, con base a un supuesto que no fue expresamente declarado antes de suscribir el contrato, conforme lo declaró esta Sala ante un caso similar (Ver sentencia Nro. 01001 de fecha 21 de julio de 2011) al considerar que “(...) efectivamente, el aparte 1.3 de la cláusula cuarta del contrato de asistencia médica suscrito por el denunciante en sede administrativa y SANITAS, se constituye como una cláusula abusiva (...), pues se excluye del servicio a toda aquella enfermedad o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación, hayan sido declaradas o no por el contratante, sin importar si la misma era conocida o no por el usuario (...)”.

Por lo tanto, con base en las anteriores consideraciones se declara improcedente el vicio referido al presunto error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos al haberse establecido como abusivo el aparte 1.3 del contrato acompañado al libelo. Así se decide.

Vicio de incongruencia positiva, por cuando la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, se excedió de los límites de la controversia y decidió más allá de lo solicitado (...) al dejar sin efecto el aparte 1.3 del Contrato de Asistencia médica”.

Ahora bien, de un examen de las actas que integran el expediente se evidencia que el tribunal de origen en efecto declaró la nulidad de la estipulación contractual en la que la empresa recurrente sustentó su rechazo a la cobertura que le fue reclamada (invocando la preexistencia de una enfermedad), no obstante que ninguna de las partes formuló esa petición. Sin embargo, tal declaratoria a juicio de esta Sala- no hay lugar a identificarla como una extralimitación de los términos del debate por parte del juzgado de origen, toda vez que dicha nulidad está expresamente prevista en la ley y por tanto opera de pleno derecho. En efecto el artículo 21 de la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario (Gaceta Oficial Nro. 4.898 de fecha 17 de mayo de 1995), vigente para el momento en que fue suscrito el contrato en el caso, dispone: “No producirán efecto alguno las cláusulas o estipulaciones en los contratos de adhesión: (...) 3. Hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor. 4. Priven al consumidor o al usuario de su derecho a resarcimiento frente a deficiencias que afecten la utilidad o finalidad esencial del producto o servicio (...)”. (Destacado de la Sala).

En igual sentido, la vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario (Gaceta Oficial Nro. 37.930 de fecha 4 de mayo de 2004), dispone:

“Se considerarán nulas de pleno derecho las cláusulas o estipulaciones establecidas en el contrato de adhesión que: 1. Exoneren,

atenúen o limiten la responsabilidad de los proveedores por vicios de cualquier naturaleza de los bienes o servicios prestados. 2. Impliquen la renuncia a los derechos que esta Ley reconoce a los consumidores o usuarios, o de alguna manera limite su ejercicio. 3. Invierta la carga de la prueba en perjuicio del consumidor o usuario. (...) 8. Cualquier otra cláusula o estipulación que imponga condiciones injustas de contratación (...).”

Por lo tanto, tomando en cuenta que el tribunal de la causa advirtió que no se comprobó el hecho de que el denunciante estaba al tanto antes de suscribir el contrato- del motivo que terminó invocando la empresa para no prestarle el servicio reclamado, ello necesariamente conlleva (como fue declarado en párrafos anteriores), a que la estipulación contractual en la que la recurrente justificó su proceder, sea identificada como injusta y por tal motivo nula por expresa disposición de la ley.

De modo que, al tratarse de una nulidad que opera de pleno de derecho el pronunciamiento del juzgado de origen declarándola, no implica que hubiere incurrido en el vicio denunciado, esto es, incongruencia positiva y en consecuencia debe considerarse improcedente. Así se decide

..... •

TEMA: DERECHO A LA SALUD. CONTRATOS DE SEGURO Y SU REGULACIÓN POR PARTE DEL ESTADO

Máxima: la salud es un derecho social fundamental, por tanto, todo lo relacionado con la prestación del servicio de salud debe estar regulado por el Estado para precisar sus fines, alcances y límites.

Máxima: es deber del Estado garantizar a toda persona y sin discriminación alguna el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos, siendo el derecho a la salud, uno de carác-

ter fundamental y, en tal virtud, constituye un motivo suficiente para justificar el control y fiscalización de la actividad de medicina prepagada.

EXTRACTO:

Error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos, toda vez que la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo interpretó erróneamente “que la actividad de las empresas de medicina prepagada, entre ellas SANITAS, es similar a la actividad desarrollada por las empresas aseguradoras”.

En apoyo del mencionado alegato, los apoderados judiciales de la parte actora afirmaron:

“(…) si bien es cierto que en la actualidad: i) la actividad de medicina prepagada está sometida al control y vigilancia de la SAA y ii) las empresas de medicina prepagada deben cumplir los requisitos establecidos en la novísima LAA para su constitución y funcionamiento, ello no fue así hasta el 29 de julio de 2010, cuando esta Ley fue publicada en Gaceta Oficial. Aunado a ello, a pesar de estar reguladas por la misma Ley (...) la actividad aseguradora y la medicina prepagada son totalmente distintas y diferenciables entre sí, hasta el punto que la misma LAA reconoció sus diferencias, pues se refiere por separado a cada una de ellas, y las regula en capítulos distintos (...). (SIC).

Adicionalmente, sostuvieron:

“(…) es el caso que la sentencia apelada afirmó que la actividad de medicina prepa es similar a la actividad aseguradora, y que como tal: i) debía cumplir los requisitos establecidos por la Superintendencia de Seguros -hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora (...) y ii) debía someterse al control y vigilancia de dicho organismo (...) no es sino hasta el 29 de julio de 2010 que el funcionamiento de las empresas de medicina

prepagada y el de las empresas de seguros pasa a ser regulado por un mismo instrumento normativo y sometido al control de un mismo órgano administrativo. De lo anterior se desprende que, contrariamente a lo afirmado por la sentencia apelada, para el 13 de julio de 2009, fecha en que ésta se dictó, las empresas de medicina prepagada, entre ellas SANITAS, no estaban sometidas al control y vigilancia de la antigua Superintendencia de Seguros (...).

Ahora bien, de un examen del fallo apelado se advierte que la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo (en relación al mencionado aspecto) declaró: “(...)Sin embargo, en opinión de quien decide, la medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros al asumir ajenas consecuencias de problemas de salud, que maneja recursos captados del público, y que obtiene un lucro con el ejercicio de esa actividad (...)”.

Precisado lo anterior, advierte la Sala que si bien los apoderados judiciales de la recurrente reconocen que en la Ley de la Actividad Aseguradora (Gaceta Oficial Nro. 5.990 de fecha 29 de julio de 2010), el servicio de medicina prepagada prestado por su representada, está sometido al control, vigilancia, supervisión, regulación, inspección y fiscalización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, ello no era así para el momento en que el a quo dictó la sentencia definitiva apelada y en consecuencia sostienen que resulta improcedente que se hubiere asimilado la actividad desplegada por su mandante a la de las empresas aseguradoras.

En este orden de ideas, observa esta Sala, que la conclusión a la que arribó el tribunal de la causa, esto es, considerar que la actividad desplegada por la recurrente, sí estaba sometida a la fiscalización, control y vigilancia de la Superintendencia de Seguros, tuvo apoyo en distintos motivos y no sólo en el referido por los representantes judiciales de la parte actora. En efecto de un examen de la sentencia apelada, se advierte que la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo señaló:

“(…) De esta manera, la medicina prepagada no es una actividad de cualquier tipo, puesto que por medio de ella tales empresas prestan un servicio de salud, el cual es público, esencial y está a cargo del Estado, quien tiene la obligación de garantizarlo de manera continua y eficiente. De otro lado, el desarrollo de esta actividad implica el ejercicio de la medicina, que es una profesión que implica riesgos sociales que justifican la inspección y vigilancia estatal. Finalmente, este tipo de prestación del servicio de salud es específico debido a la modalidad del prepago, pues ella implica mayores riesgos para los usuarios del sistema(…). Ciertamente, estas entidades manejan importantes recursos de las personas contratantes, interesadas en proveer hacia el futuro, los potenciales riesgos de salud, lo cual justifica más aun la intervención del Estado, pues se trata de garantizar que estas empresas, como depositarias de la confianza pública, cuenten con una adecuada organización y funcionamiento, a fin de proteger también los derechos de los consumidores o usuarios. En este orden de ideas, el único interlocutor válido para dar respuesta a las demandas de los usuarios, quienes hallándose desprotegidos frente a los oferentes de servicios, son los actores sociales que presentan mayores dificultades a la hora de lograr que se respeten sus derechos en materia de salud, es el Estado. En síntesis, la intervención estatal sobre la medicina prepagada tiene un fundamento constitucional múltiple: uno general, que es la intervención del Estado en la economía (artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela), y otros tres mucho más específicos: de un lado, ella es la expresión de la inspección y vigilancia de una profesión de riesgo social como lo es el ejercicio de la medicina; de otro lado, por tratarse del servicio público de atención de la salud, el Estado mantiene la regulación, el control y la vigilancia de esta actividad (artículos 19, 83 y 85 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela) y, finalmente, por la particular naturaleza de las medicinas prepagadas, puesto que en ellas se manejan recursos captados del público, lo que nos indica

que estamos en presencia de una actividad de interés público que debe ser sometida a la especial vigilancia del Gobierno, a fin de que el desarrollo de dichas actividades esté en concordancia con el interés público, y que en el funcionamiento de tales actividades se salvaguarden adecuadamente los intereses de los usuarios de los servicios ofrecidos por las entidades objeto de intervención (...). (Destacado de la Sala).

Conforme se aprecia de la anterior cita, la premisa fundamental en que el tribunal de la causa consideró válida la intervención estatal respecto al servicio de medicina prepagada, no es otra que al estar en “juego el derecho a la salud-y el derecho a la vida (...)”, las empresas dedicadas a prestar el señalado servicio, están llevando a cabo una “actividad económica de interés social” que por tal motivo “está sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites”, con base en lo previsto en los artículos 19, 83, 85 y 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que disponen:

Artículo 19. “El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos. Su respeto y garantía son obligatorios para los órganos del Poder Público de conformidad con esta Constitución, con los tratados sobre derechos humanos suscritos y ratificados por la República y con las leyes que los desarrollen”. (Destacado de la Sala).

Artículo 83. “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”. (Destacado de la Sala).

Artículo 84. “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud”. (Destacado de la Sala).

Artículo 85. “El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”. (Destacado de la Sala).

Artículo 117. “Todas las personas tendrán derecho a disponer de bienes y servicios de calidad, así como a una información adecuada y no engañosa sobre el contenido y características de los productos y servicios que consumen, a la libertad de elección y a un trato equitativo y digno. La ley establecerá los mecanismos necesarios para garantizar esos derechos, las normas de control de calidad y cantidad de bienes y servicios, los procedimientos de defensa del público consumidor, el resarcimiento de los daños ocasionados y las sanciones correspondientes por la violación de estos derechos”

Como se advierte de los citados artículos constitucionales, es deber del Estado, el garantizar a toda persona y sin discriminación alguna el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos, siendo el derecho a la salud, uno de carácter fundamental y en tal virtud, tales disposiciones, constituyen un motivo suficiente para justificar el control y fiscalización de la actividad desplegada por la recurrente, conforme lo declaró esta Sala ante un caso similar (Ver sentencia Nro. 0101 de fecha 21 de julio de 2011), en el que se concluyó:

“(...) la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 83, establece que “la salud es un derecho social fundamental”, por tanto, todo lo relacionado con la prestación del servicio de salud debe estar regulado por el Estado. En este sentido, se observa que la empresa recurrente al tener como presupuesto básico la prestación de un servicio público, como es la salud, bajo la modalidad de medicina prepagada, éste debe estar sujeto a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 85 constitucional, según el cual el Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud. Ahora bien, según lo alegado por la parte actora, con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010, la medicina prepagada no se encontraba regulada por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros; no obstante, tal como se indicó en las normas constitucionales ya mencionadas, el Estado está en la obligación de regular, controlar, vigilar y supervisar las Instituciones tanto públicas como privadas que presten servicios de salud. En este sentido, la aludida Ley de la Actividad Aseguradora prevé en su artículo 1°, lo siguiente (...) Asimismo, dispone el artículo 2 del referido texto normativo que (...) De la normativa antes transcrita se observa que, en la actualidad, la medicina prepagada constituye una forma de actividad aseguradora que se encuentra sujeta al control, vigilancia, supervisión, autorización y regulación

de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y, por tanto, quienes la prestan deben cumplir con la normativa prevista en dicha Ley, a fin de desarrollar legalmente su objeto principal, el cual es la prestación de los servicios de salud a sus contrata (...).

En conclusión y con base en los motivos antes expresados se declara improcedente el vicio denunciado por la recurrente referida al presunto error de juzgamiento por falsa apreciación de los hechos al haberse establecido “que la actividad de las empresas de medicina prepagada (...) es similar a la actividad desarrollada por las empresas aseguradoras (...)”. Así se decide.

De modo que, con base en los motivos señalados, debe declararse sin lugar la apelación planteada por el apoderado judicial de la recurrente, contra la sentencia definitiva dictada por la Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo de fecha 13 de julio de 2009, la cual se confirma. Así se decide.

.....

TRIBUNAL: Sala Político Administrativa.

SENTENCIA: 00194.

FECHA: 10 de febrero de 2011.

PARTES: Sanitas Venezuela, S.A. contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

.....

TEMA: MEDIDAS CAUTELARES EN EL CONTRATO DE SEGUROS. (REQUISITOS)

Máxima: la medida preventiva de suspensión de efectos procede sólo cuando se verifiquen concurrentemente los supuestos que la justifican, esto es, que la medida sea necesaria a los fines de evitar perjuicios irrepara-

bles o de difícil reparación, o bien para evitar que el fallo quede ilusorio y que, adicionalmente, resulte presumible que la pretensión procesal principal resultará favorable, sin descartarse la adecuada ponderación del interés público involucrado.

EXTRACTO:

Declarada la nulidad del fallo apelado, esta Sala, actuando en su condición de alzada de la Corte Primera de lo Contencioso Administrativo y con base en lo previsto en el artículo 209 eiusdem, entra a conocer y decidir el mérito de la medida cautelar peticionada, en los términos expuestos a continuación:

La medida cautelar de suspensión de efectos de los actos administrativos que prevé el aparte 21 del artículo 21 de la Ley Orgánica del Tribunal Supremo de Justicia de la República Bolivariana de Venezuela de 2004, aplicable al caso de autos *ratione temporis*, es una medida preventiva establecida en nuestro ordenamiento jurídico cuya aplicación constituye una excepción al principio de ejecutoriedad del acto administrativo, mediante el cual se procura evitar lesiones irreparables o de difícil reparación al ejecutarse una eventual decisión anulatoria del acto, toda vez que dicha ejecución podría lesionar la garantía de acceso a la justicia y al debido proceso, consagrados como derechos fundamentales.

Así, la norma mencionada dispone lo siguiente:

“El Tribunal Supremo de Justicia podrá suspender los efectos de un acto administrativo de efectos particulares, cuya nulidad haya sido solicitada, a instancia de parte, cuando así lo permita la Ley o la suspensión sea indispensable para evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación por la definitiva, teniendo en cuenta las circunstancias del caso. A tal efecto, se deberá exigir al solicitante preste caución suficiente para garantizar las resultas del juicio”.

Sobre la base de la disposición legal transcrita, esta Sala ha sostenido que la medida preventiva de suspensión de efectos procede sólo cuando se verifiquen concurrentemente los supuestos que la justifican; esto es, que la medida sea necesaria a los fines de evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación, o bien para evitar que el fallo quede ilusorio y que, adicionalmente, resulte presumible que la pretensión procesal principal resultará favorable, sin descartarse la adecuada ponderación del interés público involucrado.

Significa entonces que, en cada caso, deberán comprobarse los requisitos de procedencia de toda medida cautelar: el riesgo manifiesto de que quede ilusoria la ejecución del fallo y la presunción grave del derecho que se reclama.

En este sentido, el correcto análisis acerca de la procedencia de la medida cautelar solicitada requiere, además de la verificación del *periculum in mora*, la determinación del *fumus boni iuris*, pues mientras aquél es exigido como supuesto de procedencia en el caso concreto, ésta, la presunción grave de buen derecho, es el fundamento mismo de la protección cautelar, dado que en definitiva, sólo a la parte que posee la razón en juicio puede causársele perjuicios irreparables que deben ser evitados; bien que emanen de la contraparte o sean efecto de la tardanza del proceso. Consecuentemente, el referido principio se encuentra necesariamente inmerso en las exigencias requeridas en el aparte 21 del artículo antes citado, para acordar la suspensión de efectos, cuando alude la norma en referencia a que la medida será acordada “teniendo en cuenta las circunstancias del caso”.

Establecidos los anteriores lineamientos, pasa este Órgano Jurisdiccional a constatar el cumplimiento de los requisitos anteriormente expuestos en el caso concreto, para lo cual observa:

Mediante la Resolución cuya nulidad se solicita, el Presidente del Instituto

para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a Bienes y Servicios) sancionó a la sociedad mercantil Sanitas Venezuela, S.A. con multa de dos mil doscientas Unidades Tributarias (2.200 U.T.), equivalentes a la cantidad ciento un mil doscientos bolívares fuertes (Bs. F. 101.200,00), por la presunta transgresión de los artículos 18 y 92 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.

Al interponer el recurso contencioso administrativo de nulidad, la representación judicial de la parte recurrente solicitó medida cautelar de suspensión de efectos indicando que la presunción del buen derecho de su mandante se desprende de los vicios de nulidad denunciados, a saber: i) violación al derecho a la defensa; ii) infracción de los principios de legalidad y tipicidad de las sanciones; iii) de proporcionalidad administrativa; iv) falso supuesto de hecho, y v) falso supuesto de derecho.

En cuanto al *periculum in mora* alegó que, “[de] conformidad con la jurisprudencia, se requiere de una situación extrema o presunción grave, cuales, en el caso de las multas, prácticamente la quiebra de la sociedad (o, al menos, el que la multa le produzca un perjuicio económicamente irreparable) para que este requisito se vea satisfecho. Sin embargo, aun cuando en el presente caso la ejecución de una multa de 2.200 UT no representa la quiebra de la empresa o al menos la interrupción del servicio que ofrece, es lo cierto que el contenido de la Resolución Recurrída si afecta de inmediato la reputación e imagen de [su] representada, desde que (...) se estima que SANITAS no informa a sus usuarios de las condiciones aplicables a la relación contractual”. (Sic).

Frente a este escenario y una vez revisadas las actas que conforman el presente expediente, observa la Sala que la sociedad de comercio Sanitas Venezuela, S.A., con el fin de acreditar el requisito de procedencia bajo análisis, sólo acompañó copias simples: i) del documento constitutivo estatutario de la sociedad mercantil en cuestión; ii) del instrumento poder que acredita la cualidad con la que actúan sus apoderados judiciales,

inscrito ante la Notaría Pública Octava del Municipio Autónomo Chacao del Distrito Metropolitano de Caracas el 16 de septiembre de 2005, bajo el N° 06, Tomo 79; iii) de la Resolución s/n dictada por el Presidente del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario de fecha 2 de junio de 2008, por medio de la cual se impuso a la accionante la multa contra la cual recurre en nulidad, anexa a boletas de notificación dirigidas a dicha empresa y al denunciante en sede administrativa; iv) acta de denuncia signada con las letras y números DEN-005226-2007-0101, levantada por el Instituto recurrido en fecha 25 de julio de 2007; v) contrato familiar de servicios de asistencia médica, cuyos datos de identificación resultan ilegibles, cursante del folio setenta y ocho (78) al ochenta y uno (81); y vi) misivas de fechas 30 de abril de 2004, 14 de febrero y 12 de abril de 2007, dirigidas al ciudadano José Manuel Sánchez García por la Sub-Gerente Médico Nacional de Sanitas Venezuela, S.A.

.....
**TEMA: DERECHO A LA IMAGEN Y LA IMPOSICIÓN DE
PENAS A LAS EMPRESAS DE SEGUROS**

Máxima: tras la comprobación fáctica de la conducta castigada por la Ley por alguna empresa de seguros, no puede considerarse la imposición de la mencionada sanción como una violación del derecho al honor y reputación.

EXTRACTO:

Dentro de este contexto, no encuentra esta Sala de la documentación antes descrita indicio o medio de convicción alguno que le haga presumir, prima facie, que la orden de pago contenida en la sanción -multa- impuesta a la empresa accionante en el proveimiento administrativo impugnado, le produciría un daño que no pueda ser reparado por la sentencia definitiva. Antes bien, este Órgano Jurisdiccional aprecia que los apoderados de la recurrente adujeron de forma expresa que “la ejecución de una multa

de 2.200 UT no representa la quiebra de la empresa o al menos la interrupción del servicio que ofrece”, aun cuando “sí afecta de inmediato la reputación e imagen de [su] representada”.

En la línea argumentativa, alegaron que “[en] el caso concreto, la Resolución Recurrida incide negativamente en la imagen y reputación de SANITAS desde que por ella cualquier actual o futuro usuario podría estimar erróneamente que quedará sin la prestación del servicio sobrevenidamente, cuando es lo cierto que la extensión y límite del servicio que ofrece esa empresa, se encuentra claramente regulada en el contrato que suscriben ambas partes”. (Mayúsculas y negrillas del original).

Sobre el derecho al honor y a la reputación de los particulares, esta Sala estableció expresamente en sentencia N° 01775 de fecha 7 de noviembre de 2007, caso: Operaciones al Sur del Orinoco, C.A. vs. Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales, criterio reiterado mediante decisión N° 00685 del 5 de junio de 2008, lo siguiente:

“(omissis)

(...) [Lo] determinante a los fines de analizar la sujeción a derecho del acto recurrido, respecto de lo alegado, es precisar si la sanción cuestionada afecta, como aduce la actora, su honor, y en tal sentido se impone acotar que de acuerdo al criterio de la Sala la trasgresión de este derecho tendría lugar si en el curso del procedimiento o bien en el acto administrativo sancionatorio, constaran alusiones despectivas que de alguna manera comportaran una ofensa para la persona afectada con la actuación administrativa y que, además, atentaran contra su imagen y reputación.

Así, al aducir la recurrente que la orden de publicación de un acto de la Administración constituye una pena infamante lo que en definitiva señala es que el contenido per se del acto lo es, circunstancia que no ocurre en el presente caso pues como se advirtió en precedentes líneas, dicha providencia es el producto de la comprobación por parte del órgano administrativo del desarrollo de una conducta

antijurídica, sancionada por la Ley. En otras palabras, tras la comprobación fáctica del desarrollo de esa conducta por parte de los sujetos a los cuales va dirigida la norma, no puede considerarse la imposición de la mencionada sanción como una violación del derecho al honor y reputación”. (Destacado de la presente decisión).

En concordancia con el criterio citado supra, esta Sala al evaluar detenidamente en el presente caso el acto recurrido (que cursa del folio sesenta y tres (63) al setenta y cuatro (74) del expediente judicial), no observa la utilización de palabras ofensivas, el empleo de frases irrespetuosas ni de términos dirigidos a dañar la imagen y reputación de la recurrente.

Asimismo, se advierte que en la situación de autos el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), hoy IN-DEPABIS, determinó, una vez concluido el procedimiento sancionatorio de primer grado, la transgresión por parte de la sociedad mercantil recurrente de los artículos 18 y 92 de la entonces vigente Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, por lo cual le impuso multa por la cantidad de dos mil doscientas Unidades Tributarias (2.200 U.T.), equivalentes a ciento un mil doscientos bolívares sin céntimos (Bs. 101.200,00). En tal sentido, juzga esta Sala que la imposición de la sanción de multa, no comporta en modo alguno una ofensa para la persona afectada con la actuación administrativa y que, además, atente contra su imagen y reputación.

Aunado a todo lo anterior, esta Sala debe destacar como lo ha establecido en numerosas oportunidades que, independientemente de las gestiones que en la práctica deba realizar un particular para obtener del Estado el reintegro del dinero erogado por concepto del pago de una multa, el carácter coactivo de las decisiones jurisdiccionales es lo que obliga a la Administración, en el caso de declararse con lugar el recurso incoado, a devolver el monto percibido por concepto de la multa anulada. (Vid., sentencia de esta Sala N° 00426 del 19 de mayo de 2010).

Dicha devolución no constituye una potestad discrecional de la Adminis-

tración, por el contrario, es una verdadera obligación jurídica derivada de una sentencia cuyos efectos deben cumplirse y su inobservancia genera responsabilidades a los funcionarios públicos. (Vid., entre otras, sentencias de esta Sala Nros. 01578, 01876 y 00398 de fechas 22 de septiembre y 20 de octubre de 2004 y 7 de marzo de 2007, respectivamente).

Conforme a los razonamientos antes expuestos, la Sala considera que en el caso bajo examen no es posible presumir en esta etapa del proceso el requisito de procedencia de las medidas cautelares relativo al *periculum in mora*, por lo que es innecesario el análisis del *fumus boni iuris*, en virtud que ambos requisitos deben ser concurrentes. Así se establece.

En consecuencia, esta Alzada declara parcialmente con lugar la apelación formulada por la representación judicial de la sociedad mercantil Sanitas de Venezuela, S.A. Así se declara.

• • • • •

ÍNDICE ALFABÉTICO POR TEMA

A

AJUSTE DE PÉRDIDA (VALOR PROBATORIO EN JUICIO).....	97
ACTIVIDAD COMERCIAL EQUIVALENTE A LA VENTA DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE VEHÍCULO.	104
ABANDONO DEL BIEN ASEGURADO Y SU APLICABILIDAD.	209
AUTORIZACIONES.	300
AJUSTE DE LA PRIMA POR ALTA SINIESTRALIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO.	306, 1159
ANEXO DE COBERTURA DE MOTÍN, DISTURBIOS POPULARES, DISTURBIOS LABORALES Y DAÑOS MALICIOSOS EN EL CONTRATO DE SEGURO.	455
ACTIVIDAD ASEGURADORA: RESERVA LEGAL. COMPETENCIA MUNICIPAL EN RELACIÓN A LAS EMPRESAS DE SEGUROS.	942
AUTORIZACIÓN DE PÓLIZAS.	1117
AJUSTE POR SINIESTRALIDAD Y LA TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGUROS DE PERSONAS.....	1119
AGENTES EXCLUSIVOS Y LA RELACIÓN LABORAL CON LAS EMPRESAS DE SEGUROS.	1153
AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA.	1174
ACTA POLICIAL. DOCUMENTO PÚBLICO ADMINISTRATIVO.	1426

C

COMPETENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y EL INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y EL USUARIO	
--	--

(INDECU) PARA DICTAR CONVENIOS DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL.....	38
CLÁUSULA COMPROMISORIA DE ARBITRAJE EN EL CONTRATO DE SEGURO.	53
CADUCIDAD.....	79, 183, 258, 1130, 1260, 1469, 1510
CAMBIO DE PROPIETARIO DEL OBJETO ASEGURADO...	233, 833, 1458
CONTROL PREVIO, CONCOMITANTE Y POSTERIOR A LAS EMPRESAS DE SEGUROS.	302
COBRO DE PAPELERÍA EN LA RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.	318
CUALIDAD ACTIVA Y TITULARIDAD ACTIVA PARA LA DEFENSA DERECHOS COMO CORREDORA DE SEGUROS.	332
CONTRATOS DE ADHESIÓN Y LAS POLIZAS DE SEGURO.	370
CLÁUSULAS ABUSIVAS.	374, 682
CARGA DE LA PRUEBA EN LOS PROCEDIMIENTOS SANCIONATORIOS	400
CARGA DE LA PRUEBA Y LA PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD	406, 411
CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA Y CONTRATO DE ADHESIÓN	416
CONTRATOS DE ADHESIÓN.	418
CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA.	430, 548, 715
CONTRATO DE SEGURO Y EL PODER PÚBLICO EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.	451
CARTA AVAL Y LA ELUSIÓN.....	508

CARGA PROBATORIA EN LOS CASOS DE PREEXISTENCIA DE ENFERMEDADES.....	584
CLÁUSULA CONTRACTUAL EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD DE PAGO DE SINIESTRO.....	605
CONTRATO DE SEGURO, CONTRATO DE ADHESIÓN O PRO-FORMA	653
CARGA DE LA PRUEBA EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS.	707
CONTRATO DE SEGURO.	720, 828, 865
CLÁUSULAS ABUSIVAS Y LA NULIDAD DEL CONTRATO POR PREEXISTENCIA DE ENFERMEDADES.	739
CAUSA EXTERNA SIN INTENCIONALIDAD DEL ACTOR COMO CONDICIÓN PARA EL PAGO DEL SINIESTRO.	757
CARGA DE LA PRUEBA EN LOS CONTRATOS DE SEGURO.	770
CONTRATOS DE ADHESIÓN O CONTRATOS PROFORMA.	783
CARGA DE LA PRUEBA.	843
CONTRATO DE ADHESIÓN Y LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS.....	867
CLÁUSULAS DE ADHESIÓN. CONTROL DE INCORPORACIÓN, DE INTERPRETACIÓN Y DE CONTENIDO	875, 893
CLÁUSULA DE COLINDANCIA Y LA OMISIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LOS INMUEBLES O CONSTRUCCIONES COLIDANTES QUE PUDIERAN INCREMENTAR EL RIESGO (PÓLIZAS PARA INDUSTRIAS Y COMERCIOS)	931
CARGA Y COMUNIDAD PROBATORIA.	887
CUMPLIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO ¿CONTRIBUCIÓN PARAFISCAL?.....	1078

CONTRATOS DE SEGUROS MARÍTIMOS (CARGA DE LA PRUEBA)	1103
COMPETENCIAS DEL OTORORA INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS)	1249
CORRECCIÓN MONETARIA EN EL CASO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	1285
CARTA DE RECHAZO EXTEMPORÁNEA.....	1462

D

DECLARACIÓN DEL SINIESTRO (PROCEDIMIENTO).	71
DOSIMETRÍA PENAL.	133
DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.	194
DERECHO A LA SALUD Y LA MEDICINA PREPAGADA.	362
DERECHO A LA LIBERTAD ECONÓMICA Y LA LIBERTAD DE EMPRESA	462
DERECHO A LA IMAGEN Y LA IMPOSICIÓN DE PENAS A LAS EMPRESAS DE SEGUROS.	616
DERECHO A LA SALUD. CONTRATOS DE SEGURO Y SU REGULACIÓN POR PARTE DEL ESTADO.	688
DERECHO A LA DEFENSA Y EL DEBIDO PROCESO.	850
DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA PARA EL PAGO DE LA COMISIÓN AL INTERMEDIARIO EN EL CONTRATO DE SEGURO.....	1012
DOCUMENTO ADMINISTRATIVO (VALOR PROBATORIO).	1103
DOCUMENTO PÚBLICO EXTRANJERO. LA APOSTILLA Y SU VALOR PRO-	

BATORIO EN EL CONTRATO DE SEGURO.	1203
DEDUCCIONES POR PENALIZACIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO VEHICULAR.	1189
DERECHO A LA DEFENSA DE LAS EMPRESAS ASEGURADORAS.	1244
DAÑO MORAL COMO CONSECUENCIA DEL RETARDO EN EL PAGO DEL SINIESTRO.	1252
DECLINATORIA DE LA RESPONSABILIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO Y LOS VICIOS INTERNOS EN EL BIEN ASEGURADO.	1343
DESNATURALIZACIÓN DE LA VOLUNTAD CONTRACTUAL Y EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO.	1377
DUDA EN LA DECLARACIÓN DEL SINIESTRO EN EL CONTRATO DE SEGURO	1372

E

ELUSIÓN, RETARDO Y RECHAZO GENÉRICO.	160, 245, 266, 342
EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA AMPARADA (DOLO DEL ASEGURADO)	166
EXCESO DE VELOCIDAD Y EL PAGO DEL SINIESTRO EN EL CONTRATO DE SEGUROS.	175
ENFERMEDADES PREEXISTENTES.	382, 423, 640, 656, 1030
EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD EN EL CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE.	572
EXTENSIÓN DE LOS RIESGOS EN EL CONTRATO DE SEGURO.	660
EXÁMENES MÉDICOS PREVIOS AL CONTRATO DE SEGURO. ..	662, 998
ESCASEZ DE REPUESTOS Y LA REPARACIÓN DEL VEHÍCULO SINIESTRADO (CAUTELAR).	665

ESTADO SOCIAL Y LOS AGENTES ECONÓMICOS (SEGUROS, BANCOS Y MEDICINA PREPAGADA).	712
ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS CARACTERÍSTICAS.....	825
EXPERTICIA EN EL SEGURO (VALOR PROBATORIO).....	993
EXONERACIÓN DE LAS EMPRESAS DE SEGUROS DE MANERA TOTAL Y PERMANENTE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO EN LA ENTREGA DE LOS RECAUDOS NECESARIOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO.	1040
EXCLUSIÓN EN EL CONTRATO (DISFUNCIÓN ERÉCTIL).	1335
EXONERACIONES DE LAS EMPRESAS DE SEGURO EN SINIESTROS MARÍTIMOS.....	1415

F

FRAUDE PROCESAL Y EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO E INDEMNIZACIÓN POR DAÑOS Y PERJUICIOS.	512
FALTA DE PAGO DE LA PRIMA (CONSECUENCIAS).	1138
FALSA DECLARACIÓN AL MOMENTO DE CONTRATAR UNA PÓLIZA DE SEGURO.	1352

H

HURTO, ASALTO O ATRACO (PROCESAL).	484
HECHO PUNIBLE NO EXCLUIDO DE LA PÓLIZA DE SEGURO.	1317

I

INTERÉS ASEGURABLE (FRAUDE DE LA ASEGURADORA).	92
INTERÉS ASEGURABLE FRENTE AL OBJETO EN EL CONTRATO DE SEGURO.	280

INEXISTENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.	288
INTERPRETACIÓN CONTRACTUAL.	823
ILICITUD DE LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS. BUENA FE EN EL CONTRATO DE SEGURO.....	882
INDEMNIZACIÓN	932, 1037
INFORME MÉDICO.	1200
INSPECCIÓN Y REPARACIÓN DEL BIEN SINIESTRADO SIN LA AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA DE SEGURO.	1295
INCREMENTO DE LAS TARIFAS EN EL CONTRATO DE SEGURO. ...	1300
INCOMPETENCIA DEL INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS) PARA CONOCER Y DECIDIR LOS PROCEDIMIENTOS EN CONTRA DE LAS EMPRESAS ASEGURADORAS.	1365
INTERÉS ASEGURABLE EN EL CONTRATO DE SEGURO MARÍTIMO	1409
INDICIOS Y SU APRECIACIÓN EN EL PAGO DEL SINIESTRO.....	1437
INDEXACIÓN POR EL PAGO TARDÍO DEL SINIESTRO EN LOS SEGUROS DE VIDA.....	1449

L

LUCRO CESANTE EN EL CONTRATO DE SEGURO.	114
LIBERTAD ECONÓMICA, MEDICINA PREPAGADA E INTERVENCIÓN DEL ESTADO.	358, 550
LÍMITES A LAS POTESTADES DISCRECIONALES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.	603

M

MÉTODOS ALTERNATIVOS DE RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS (LEY APLICABLE).....	32
MEDICINA PREPAGADA Y ACTIVIDAD ASEGURADORA.	367, 556, 775
MEDIDAS CAUTELARES EN EL CONTRATO DE SEGUROS. (REQUISITOS)	613
MEDICINA PREPAGADA.	649
MERCADO RELEVANTE EN LAS PRÁCTICAS ANTICOMPETITIVAS DE LAS EMPRESAS DE SEGUROS.	1179

N

NOTA DE COBERTURA PROVISIONAL.	21, 57
NAVEGABILIDAD Y EL HUNDIMIENTO DE UN BUQUE.	73
NULIDAD DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y EL INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y EL USUARIO (INDECU) PARA LAS PÓLIZAS DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD PARA LAS PÓLIZAS DE CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRE.	41
NOTIFICACIÓN DE LA ANULACIÓN DE LA PÓLIZA.....	157
NULIDAD DE LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS EN EL CONTRATO DE SEGURO	682
NOTIFICACIÓN EFECTIVA EN EL CONTRATO DE SEGURO.....	1007
NOTIFICACIONES AL INTERMEDIARIO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA	1387

O

OMISIÓN DE INFORMACIÓN.....	85
-----------------------------	----

OBLIGACIÓN DE LAS EMPRESAS DE SEGURO.	626, 1044
OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR EN EL CONTRATO DE SEGURO.	947
OBLIGACIÓN DE PAGAR LA PRIMA CONVENIDA PARA LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA.	1123
OBLIGADO AL PAGO DE LA PRIMA EN EL CONTRATO DE SEGURO	1217
OMISIÓN DE LA EXPERTICIA DEL VEHÍCULO ANTES DE SUSCRIBIR LA PÓLIZA DE SEGUROS.	1372

P

POTESTAD REGLAMENTARIA PARA DICTAR NORMAS QUE REGIRÁN LOS PROCEDIMIENTOS ANTE LA OTORORA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS	26
PRUEBA EN EL SEGURO ¿A QUIÉN CORRESPONDE?	131
PLAZO DE GRACIA EN EL CONTRATO DE SEGURO.	199
PÓLIZA DE SEGURO.	238
PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD.	269, 579
PAGO DE INTERESES MORATORIOS EN LOS CONTRATOS DE SEGURO	285
PREEXISTENCIA CONOCIDA O NO.....	390, 680
PRUEBA DE LA ENFERMEDAD PREEXISTENTE Y LA NULIDAD DE UNA CLÁUSULA ABUSIVA.	398, 587
POTESTADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.....	438
PUBLICIDAD PREVIA APROBACIÓN.	476
PRESUNCIÓN DE INOCENCIA E INVERSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA	

.....	590
PRINCIPIO DE LEGALIDAD.....	597
PAGO DEL DEDUCIBLE.....	624
PÓLIZA FAMILIAR NO ES UN CONTRATO PRO FORMA.....	677
PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD COMO CAUSA DE EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA.....	729, 735
PRESUPUESTO PRESENTADO PARA INTERVENCIÓN FUTURA Y LA OBLIGACIÓN DE RESPUESTA MOTIVADA.....	747
PAGO DE SINIESTRO ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EXCESO DE VELOCIDAD.....	793
PRINCIPIO INDEMNIZATORIO Y CORRECCIÓN MONETARIA EN CASO DE RETARDO.....	801
PODER O MANDATO PARA VENDER EL VEHÍCULO.....	903
PRUEBAS PARA LA EXCLUSIÓN DE LA CLÁUSULA MOTÍN, DISTURBIOS LABORALES Y DAÑOS MALICIOSOS POR SAQUEOS EN EL CONTRATO DE SEGURO.....	966
PRESUNCIÓN DE INOCENCIA Y LA CARGA DE LA PRUEBA.....	974
PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD Y EL CONTROL DEL ESTADO.....	1003
PODERES DEL JUEZ CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.....	1027
PRUEBA (COPIA SIMPLE).....	1033
PROTESTA DE MAR.....	1095
PROTESTO DE MAR (NATURALEZA PROBATORIA).....	1100
PRÁCTICAS EXCLUSORIAS (LIBRE COMPETENCIA).....	1189

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO (LAPSO MÁXIMO DE DURACIÓN)	1196
PÉRDIDA TOTAL. CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE CONSIGNAR DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DEL SINIETRO Y LA PRÓRROGA	1224
PÉRDIDA TOTAL O INDEMNIZACIÓN DEL SINIESTRO.	1310
PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS AJENAS AL CONTRATO. LA CARGA DE ASUMIR LAS CONSECUENCIAS EN EL CONTRATO DE SEGURO.	1359

R

RESPONSABILIDAD PENAL EN EL CONTRATO DE SEGURO.	48
RESPONSABILIDAD DEL ESTADO Y LA INEMBARGABILIDAD DE LOS SEGUROS DE VIDA.	61
RECHAZO GENÉRICO.	162, 255, 313
RENOVACIÓN DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.	196
RETARDO (LAPSO PARA COMPUTARLO).	252
RIESGOS EN MATERIA DE SALUD Y LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS.	562
RÉGIMEN DE INTERVENCIÓN Y LOS PROCESOS JUDICIALES.	595
RIESGO Y SINIESTRO EN EL CONTRATO DE SEGURO.	620
RECHAZO DE LA COBERTURA EN EL CONTRATO DE SEGURO.	672
RESOLUCIONES ADMINISTRATIVAS (PRESUNCIÓN DE BUEN DERECHO)	863
RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL CONTRATO DE SEGUROS. ELUSIÓN, RECHAZO GENÉRICO Y RETARDO.	908

REEMBOLSO EN LA CLÁUSULA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO	979
RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR NUEVOS EXÁMENES MÉDICOS.....	1002
RENOVACIÓN Y LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA EN EL CONTRATO DE SEGURO.	1084
RETARDO Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.	1140

S

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA. ...	15, 128, 150, 249, 296, 449, 839, 1112
SUBROGACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA ASEGURADORA CONTRA TERCEROS CAUSANTES DEL DAÑO.....	203
SERVICIOS FUNERARIOS. DEL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE SEGURO SIN AUTORIZACIÓN.	227
SEGUROS. ACTIVIDAD SECTORIAL. GASTO DE PAPELERÍA.....	324
SIMULACIÓN CONTRACTUAL.	357, 467, 546
SINIESTROS AMPARADOS EN LAS PÓLIZAS DEBEN SER INDEMNIZADOS SIN NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO DE LA AUTORIDAD JUDICIAL Y POLÍTICA.....	963
SERVICIOS FUNERARIOS (ACTIVIDAD ASEGURADORA).	1272
SISTEMAS DE SEGURIDAD EN EL VEHÍCULO ASEGURADO Y EL PAGO DEL SINIESTRO.....	1326
SILENCIO DE PRUEBRAS EN EL INFORME ENVIADO POR LA EMPRESA DETEKTOR CONTENTIVO DEL ANÁLISIS DEL MAPA DEL GPS.....	1472

T

TERCERO RECLAMANTE EN EL CONTRATO DE SEGUROS (ELUSIÓN, RETARDO O RECHAZO GENÉRICO).....	499, 1144
TEORÍA DE LA CAUSALIDAD ADECUADA PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS DAÑOS CUBIERTOS EN EL CONTRATO DE SEGUROS, ES ADMISIBLE SALVO DISPOSICIÓN LEGAL EN CONTRARIO.	524
TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE SEGURO.....	809
TITULARIDAD DEL INTERÉS ASEGURABLE EN EL CONTRATO DE SEGURO	962
TITULARIDAD DE UN VEHÍCULO.....	1064

V

VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE AUTOMOVIL PARA EMPLEADOS EN LA RELACIÓN LABORAL.	137
VALOR PROBATORIO DE LA DECLARACIÓN DEL FISCAL DE TRÁNSITO	220
VICIO DE INMOTIVACIÓN Y FALTO SUPUESTO.	600
VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA DEFENSA Y LA PRESUNCIÓN DE INOCENCIA.....	703
VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PRESUNCIÓN DE INOCENCIA E INVERSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA EN LOS CONTRATOS DE SEGURO.....	766
VIOLACIÓN AL PRINCIPIO CONSTITUCIONAL NON BIS IN IDEM... ..	855
VALIDEZ DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.....	982
VIGENCIA DE UNA PÓLIZA POR CAMBIO DE TITULARIDAD DE UN VEHÍCULO.....	1393

VALOR PROBATORIO DE LA CARTA MISIVA EN EL PAGO DEL SINIESTRO
..... 1432

VALOR PROBATORIO DE LAS FACTURAS E INFORMES MÉDICOS EMANADAS
DE TERCEROS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO..... 1500

ÍNDICE RESUMEN TEMAS Y MÁXIMAS

DERECHO CONSTITUCIONAL

DERECHO CONSTITUCIONAL EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

LIBERTAD ECONÓMICA, MEDICINA PREPAGADA E INTERVENCIÓN DEL ESTADO.....358

En ejercicio del derecho a la libre iniciativa económica, en Venezuela ha aparecido el modelo de medicina prepagada y de hospitalización -distinta de la actividad aseguradora-, en el que empresas prestan con sus médicos servicios directos a los afiliados, bien sea bajo contratos con profesionales de la medicina o clínicas privadas, constituidas por organizaciones de muy variada naturaleza, tanto social como jurídica o económica, por tal motivo, existen, por ejemplo, entidades con y sin fines de lucro, sociedades comerciales, con la particularidad de que ofrecen coberturas integrales o de alguna especialidad en medicina.

La medicina prepagada se presta a través de la unión o asociación de un grupo de profesionales de la salud, integrados en una estructura biomédica, que ciertamente incluye recursos tecnológicos y científicos de que dispone hoy la ciencia médica para el cuidado, conservación y rescate de la salud, o de clínicas, que prestan directamente el servicio a un grupo de afiliados, quienes se comprometen al pago adelantado de tales servicios.

En líneas generales, puede caracterizarse a las empresas de medicina prepagadas como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. La denominación usual deriva de que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios,

comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan las alteraciones de salud, o según sea requerida de acuerdo a los planes ofrecidos, lo que evidencia que se trata de una actividad económica de interés social.

DERECHO A LA SALUD Y LA MEDICINA PREPAGADA.362

El derecho a la salud es un derecho fundamental de orden social, pues afecta al interés general; más allá de los intereses particulares, representa para el Estado una obligación, en los términos establecidos en artículo 85 constitucional, de intervenir y regular las instituciones que dediquen a la prestación de los servicios de salud.

En la medicina prepagada existe siempre el riesgo de que la persona abone la tarifa, pero no pueda acceder al servicio de salud al cual tiene derecho según el contrato, pues si la entidad entra en crisis por no haber efectuado manejos financieros adecuados el cliente queda desprotegido. Las empresas de medicina prepagada manejan importantes recursos de las personas contratantes, interesadas en prever hacia el futuro los potenciales riesgos de salud, lo cual justifica más aun la intervención del Estado, pues se trata de garantizar que estas empresas, como depositarias de la confianza pública, cuenten con una adecuada organización y funcionamiento, a fin de proteger también los derechos de los consumidores o usuarios.

La medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros al asumir ajenas consecuencias de problemas de salud, que maneja recursos captados del público, y que obtiene un lucro con el ejercicio de esa actividad, con lo cual, conforme al artículo 86 de la Constitución, se trata de una actividad de interés público en el cual el control estatal debe ser más intenso.

DERECHO A LA LIBERTAD ECONÓMICA Y LA LIBERTAD DE EMPRESA
.....462

Conforme a lo establecido en el texto constitucional, toda persona puede dedicarse libremente a la actividad económica de su preferencia, sin más limitaciones que las previstas en esta Constitución y las que establezcan las leyes, por razones de desarrollo humano, seguridad, sanidad, protección del ambiente u otras de interés social.

La Sala Constitucional del Tribunal Supremo de Justicia ha establecido que de la consagración constitucional del derecho a la libertad de empresa, se deduce igualmente una vertiente negativa, según la cual la situación de libertad conlleva la prohibición general de inmisión o perturbación de las posibilidades de desarrollo de una actividad económica, mientras el sistema normativo no prescriba lo contrario, con lo cual se reconoce de igual manera, el principio de regulación, como uno de los aspectos esenciales del estado social de derecho.

El derecho de la libertad económica no debe ser entendido como un derecho consagrado en términos absolutos, sino que el mismo puede ser susceptible de ciertas limitaciones, las cuales deben venir dadas por ley o por manifestaciones provenientes de la Administración, en estricto apego del principio de la legalidad, las cuales pueden regular, limitar y controlar las actividades económicas que desempeñen los particulares.

Ha señalado la doctrina que el contenido de la libertad de empresa consiste básicamente en la posibilidad, siempre que se respeten las condiciones establecidas por las leyes, de acceder y permanecer en el mercado o, si se prefiere, de iniciar y desarrollar actividades productivas.

LIBERTAD ECONÓMICA, MEDICINA PREPAGADA E INTERVENCIÓN DEL ESTADO.....358, 550

La libertad económica es manifestación específica de la libertad general del ciudadano, la cual se proyecta sobre su vertiente económica.

Pueden caracterizarse a las empresas de medicina prepagada como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. La denominación usual deriva de que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan las alteraciones de salud, o según sea requerida de acuerdo a los planes ofrecidos, lo que evidencia que se trata de una actividad económica de interés social.

Las empresas de medicina prepagada tienen como uno de sus presupuestos básicos el de “la prestación de un servicio público”, como es el de salud, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, está sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites.

La intervención estatal sobre la medicina prepagada tiene un fundamento constitucional múltiple: i) intervención del Estado en la economía (artículo 112 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela); ii) en virtud de la expresión de la inspección y vigilancia de una profesión de riesgo social como lo es el ejercicio de la medicina; iii) por tratarse del servicio público de atención de la salud, el Estado mantiene la regulación, el control y la vigilancia de esta actividad (artículos 19, 83 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela) y; iv) por la particular naturaleza de las medicinas prepagadas, puesto que en ellas se manejan recursos captados del público, lo que nos indica que estamos en presencia de una actividad de interés público que debe ser sometida a la especial vigilancia, a fin de que el desarrollo de dichas actividades estén en concordancia con el interés público, y que en el funcionamiento de tales actividades se salvaguarden adecuadamente los intereses de los usuarios

de los servicios ofrecidos por las entidades objeto de intervención (artículo 117 Constitucional).

DERECHO A LA SALUD. CONTRATOS DE SEGURO Y SU REGULACIÓN POR PARTE DEL ESTADO.688

La salud es un derecho social fundamental, por tanto, todo lo relacionado con la prestación del servicio de salud debe estar regulado por el Estado para precisar sus fines, alcances y límites.

Es deber del Estado garantizar a toda persona y sin discriminación alguna el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos, siendo el derecho a la salud, uno de carácter fundamental y, en tal virtud, constituye un motivo suficiente para justificar el control y fiscalización de la actividad de medicina prepagada.

POTESTADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

POTESTADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.....438

Se ha venido dotando a la Administración Pública de una cantidad de herramientas que han permitido desarrollar con gran facilidad sus funciones y que, por eso, le separa y distingue de los administrados; la Administración Pública está en una situación jurídica diferente de la que se encuentran los particulares, la cual se concreta en la noción de la potestad de “autotutela administrativa” que constituye el denominado por la doctrina el privilegio de los privilegios.

La Administración Pública tiene el poder de cambiar el estado jurídico de una situación de hecho preexistente, esto es, modificar el statu quo sin que haga falta que tal declaración y, luego, su puesta en práctica, sea reconocida y ordenada previamente por los tribunales.

De los poderes atribuidos a la Administración, tenemos: en primer lugar, la autotutela declarativa o decisoria que consiste en la potestad de la Administración de emitir declaraciones o decisiones capaces por sí mismas de modificar o extinguir situaciones jurídicas subjetivas, sin el concurso de los órganos jurisdiccionales y con independencia del consentimiento o colaboración del sujeto destinatario de aquellas y, en segundo lugar, la autotutela ejecutiva, consistente en la potestad de la Administración de llevar a la práctica (ejecutar) sus propias decisiones, llegando incluso al empleo de la coacción en caso de resistencia de sus destinatarios, e igualmente sin tener que contar para ello con la intervención de los tribunales.

Dentro de esta potestad de autotutela se encuentra la potestad atribuida a la Administración Pública de revisar y corregir de oficio o a instancia de los interesados, los actos dictados por ella. Esta potestad se desdobra en cuatro manifestaciones, a saber: i) potestad revocatoria; ii) potestad convalidatoria; iii) potestad de anulación; y, iv) la potestad de rectificación. De las mencionadas potestades, debe destacarse que las más importantes son la facultad revocatoria y la anulatoria de los actos administrativos emanados de la Administración.

Los actos administrativos pueden ser revocados en cualquier momento, en todo o en parte, sea por la misma autoridad administrativa que dictó el acto o por su superior jerárquico, siempre que no originen derechos subjetivos o intereses legítimos, personales y directos para el particular.

De conformidad con la ley, la Administración queda facultada para reconocer, en cualquier momento o a solicitud de parte, la nulidad absoluta de los actos dictados por ella.

La Administración Pública al revisar un acto que haya generado derechos o intereses para algún particular, debe ser lo más cuidadosa posible en el análisis y determinación de la irregularidad, pues de declararse la nulidad de un acto que no adolezca de nulidad absoluta, se estaría sacrificando la

estabilidad de la situación jurídica creada o reconocida por el acto y, por ende, el principio de seguridad jurídica, esencial y necesario a todo ordenamiento, por eliminar un vicio que no reviste mayor gravedad.

La facultad rectificadora de errores materiales o de cálculo está alejada de los derechos subjetivos e intereses legítimos, por cuanto con el ejercicio de dicha potestad estos derechos no se encuentran afectados, por cuanto en tales casos la rectificación material de errores no implica, en términos jurídicos, la revocación del acto.

ACTIVIDAD ASEGURADORA: RESERVA LEGAL. COMPETENCIA MUNICIPAL EN RELACIÓN A LAS EMPRESAS DE SEGUROS942

Es exclusividad del Poder Legislativo Nacional establecer sanciones por el incumplimiento de una exigencia en relación a las compañías de seguros, establecida como reserva legal constitucionalmente, siendo que, la competencia municipal se encuentra limitada al cobro de impuestos sobre vehículos, no siendo la empresa aseguradora por la sola celebración de un contrato de seguro, sujeto pasivo de la obligación tributaria -salvo en los vehículos de su propiedad-; existiendo una fuerte intervención del Estado en el ejercicio de las actividades referentes al sector asegurador, mediante un control previo y posterior, así como una actividad fiscalizadora en el ejercicio de la misma.

CONTRATO DE SEGURO Y EL PODER PÚBLICO EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.451

La inversión del ciclo productivo se verifica plenamente en el contrato de seguro, por cuanto en el mismo la empresa aseguradora recibe el precio de la prestación antes de que ella se realice y cumpla la que pueda corresponderle y a la que se ha obligado, es por ello que se justifica el interés interventor del poder público en la actividad aseguradora, intentando garantizar la protección de los asegurados frente a las consecuencias negati-

vas del incumplimiento de las entidades aseguradoras. De esta forma, en el sector de seguros se encuentra involucrada la buena fe del público al entrar en contacto con las respectivas empresas aseguradoras, confiando en su correcto desenvolvimiento desde el punto de vista de la solvencia.

La intervención administrativa en el sector de los seguros se encuentra apoyada en la necesidad de garantizar la protección de los asegurados, es decir, su buena fe. El Poder Público adopta para ello una manifiesta posición de importancia, que dada la conexión que existe entre la empresa aseguradora y la actividad que realiza se proyecta en dos ámbitos: organización y acción para la protección de la que se entiende parte más débil de la relación contractual (el asegurado). La tutela de los derechos de estos últimos, se presenta entonces como una de las razones de mayor peso y fundamento que explican la intervención administrativa en este sector.

La actividad aseguradora es considerada una actividad de interés general, que ha sido regulada por el legislador, a través de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en la que se establece un régimen de control por parte del Estado, por órgano de la Superintendencia de Seguros, a objeto de garantizar la protección de los asegurados y del mercado asegurador, todo ello en virtud de la participación económica que se produce en dicho sector.

ESTADO SOCIAL Y LOS AGENTES ECONÓMICOS (SEGUROS, BANCOS Y MEDICINA PREPAGADA)..... 712

La fórmula del Estado Social implica la expresión de un conjunto de acciones o de acciones comunes fecundadas por el Estado con un propósito de inmisión e intervención en la vida social de la colectividad.

El Estado Social se sostiene sobre una Administración orientada a dar cumplimiento a las necesidades sociales, impulsando los instrumentos más idóneos para este fin democrático.

Todos los agentes económicos que giren sus actividades en torno a la actividad de interés general, como el seguro, bancario, y la medicina prepagada deberán configurar una plataforma que encumbre la justicia social. Ello implica que todos sus negocios y operaciones estarán ambientadas e informadas por los valores y principios que proclama nuestra Constitución y encuadrada dentro de fórmula del Estado Social.

MEDICINA PREPAGADA Y LA ACTIVIDAD ASEGURADORA. 775

Las empresas de medicina prepagada al tener como presupuesto básico la prestación de un servicio público, como es la salud, bajo la modalidad de medicina prepagada, éste debe estar sujeto a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 85 constitucional, según el cual El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD Y EL CONTROL DEL ESTADO 1003

En la actualidad, la medicina prepagada constituye una forma de actividad aseguradora que se encuentra sujeta al control, vigilancia, supervisión, autorización y regulación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y, por tanto, quienes la prestan deben cumplir con la normativa prevista en dicha Ley, a fin de desarrollar legalmente su objeto principal, el cual es la prestación de los servicios de salud a sus contratantes.

SEGUROS. ACTIVIDAD SECTORIAL. GASTO DE PAPELERÍA. 324

La actividad de las empresas de seguros está sometida a un ordenamiento jurídico sectorial que impone importantes limitaciones a los particulares que deciden participar en la misma, cuyas restricciones son aplicables en atención a los intereses públicos involucrados. Uno de estos controles es la facultad que tiene la otrora Superintendencia de Seguros para fijar con carácter general y uniforme las tarifas de las pólizas.

El gasto de papelería no puede ser cobrado en las renovaciones de una misma póliza, ya que éstas no configuran un nuevo contrato de seguro que genere gastos adicionales por concepto de papelería, sino que se trata del mismo contrato extendido en su vigencia.

MEDICINA PREPAGADA: ¿ACTIVIDAD ASEGURADORA?556

La actividad realizada por las empresas que prestan servicios de medicina prepagada es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M), en virtud de: i) la mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes; ii) el lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad.

Las empresas de medicina prepagada deberán cumplir con los requisitos, regulaciones y controles establecidos en la ley con competencia en seguros, toda vez que, la actividad desplegada por estas empresas, aun cuando existen diferencias entre su objeto social y las sociedades mercantiles dedicadas a la actividad aseguradora, deben encontrarse bajo la vigilancia, control y supervisión del Estado.

Las empresas de medicina prepagada, dada su naturaleza, además de estar sometidas al régimen de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, han de someterse igualmente a las regulaciones previstas en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios, así como a los controles ejercidos por el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD **ASEGURADORA**

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA. 128

Corresponde a la Superintendencia de Seguros hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control de la actividad aseguradora y en especial de las empresas de seguros y de reaseguros constituidas en el país; asimismo, tendrá facultad para investigar o inspeccionar cualesquiera hechos, actos o documentos relacionados con las empresas de seguros. Igualmente, la ley prevé la posibilidad de que el mencionado organismo sancione la elusión o retardo de las empresas de seguros, en el cumplimiento de sus obligaciones.

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (ATRIBUCIONES). 15

Corresponde a la Superintendencia de Seguros, entre otras, la inspección, supervisión, vigilancia, fiscalización, regulación y control de la actividad aseguradora y, en especial, de las empresas de seguros y de reaseguros constituidas en el país; asimismo, tendrá facultad para investigar o inspeccionar cualesquiera hechos, actos o documentos relacionados con las empresas de seguros.

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA. COMPETENCIAS AL MOMENTO DE INTERPRETAR LA LEY 249

La Administración no creó una obligación a cargo de la empresa de seguros, sino que efectuó una interpretación del parágrafo segundo del artículo 175 de la otrora Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en el cual se establece el plazo del que disponen las empresas de seguros para responder sobre las solicitudes de indemnización de los siniestros formuladas.

**SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.
NATURALEZA JURÍDICA..... 839**

La Ley de la Actividad Aseguradora otorga a la Superintendencia una gran cantidad de competencias para que, en ejecución de políticas del Estado venezolano y por razones de interés público, vigile, controle y fiscalice todo lo relativo a la actividad aseguradora, bajo los criterios de supervisión preventiva e integral.

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora consideró que la empresa de seguros, no incurrió en ilícito administrativo alguno, por cuanto, en primer lugar, al ser el contrato de seguro consensual, las obligaciones y los derechos son recíprocos (como es el pago de la póliza por parte del asegurado y la asunción del riesgo por parte de la aseguradora); aunado a ello, no es hecho controvertido la circunstancia de la traslación de la propiedad del vehículo y la falta de notificación a la empresa aseguradora, lo que tendría como consecuencia la resolución unilateral del contrato por parte de la compañía de seguros.

**SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA Y LA
USURPACIÓN DE FUNCIONES. 150**

La Superintendencia de Seguros es el órgano regulador de la actividad aseguradora y como tal le han sido atribuidas por la Ley una serie de competencias. Así, sus potestades de fiscalización, supervisión y control, van acompañadas de su potestad sancionatoria, dirigida a penar las infracciones cometidas por los sujetos de derecho sometidos a su control, derivadas del incumplimiento de las normas legales que regulan sus obligaciones.

**SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA (POLICÍA
ADMINISTRATIVA).....296**

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora es el órgano público es-

pecializado con autonomía funcional, sin personalidad jurídica, adscrito al Ministerio de Fomento, hoy Ministerio del Poder Popular para las Finanzas, dotado de potestades de policía en el ámbito asegurador, tales como: inspeccionar, supervisar, vigilar, fiscalizar y regular la actividad aseguradora, con el fin de resguardar el orden público económico.

La policía administrativa es aquella actividad que la Administración despliega en ejercicio de sus propias potestades que, por razones de interés público, limita los derechos de los administrados mediante el ejercicio, en su caso, de la coacción sobre los mismos.

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA Y LA ACTIVIDAD DE POLICÍA. 1112

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora es un órgano público especializado con autonomía funcional, sin personalidad jurídica, adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas, hoy Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública, dotado de potestades de policía en el ámbito asegurador, tales como: inspeccionar, supervisar, vigilar, fiscalizar y regular la actividad aseguradora, con el fin de resguardar el orden público económico.

La actividad de policía administrativa desplegada por la Administración en ejercicio de sus potestades que le son propias y empleadas por razones de interés público, tiene como objetivo limitar los derechos de los administrados mediante el ejercicio de la coacción legal.

POTESTAD REGLAMENTARIA PARA DICTAR NORMAS QUE REGIRÁN LOS PROCEDIMIENTOS ANTE LA OTRORA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS. 26

La potestad reglamentaria para dictar el Reglamento General no sólo está atribuida a la Administración Pública, conforme a la constitución, sino que, la propia Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros así lo indica en

el artículo 13, ordinal, que al efecto dispone que el Superintendente tendrá como deber y atribución Reglamentar los mecanismos a través de los cuales los asegurados y las asociaciones que estos agrupen puedan hacer sus planteamientos ante la Superintendencia en materia de su interés, garantizándoles oportuna respuesta en todo momento.

Tanto el Reglamento General como las Normas han sido dictadas conforme al principio de legalidad (reserva legal como requisito formal) y de acuerdo con los principios que informan el derecho a la defensa y el debido proceso (requisito material).

Las Normas procedimentales están dirigidas, según se desprende de su articulado, a controlar las irregularidades que pudieran surgir con ocasión de la prestación del servicio de las empresas aseguradoras a los asegurados, contratantes o beneficiarios. Así, dicho procedimiento, en modo alguno tiene la finalidad de sancionar a la empresa que se trate por las supuestas anomalías que pudieran estar cometiendo en la prestación el servicio que ha sido pactado con el particular, sino que, por el contrario, está encaminado a la búsqueda de una solución pacífica entre las partes que están en pugna a través de mecanismos alternativos de resolución de conflictos, como lo son, en este caso, la conciliación y el arbitraje.

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS (EL CONTRATO DE SEGURO)449

El objeto específico de la actividad aseguradora, esto es, el contrato de seguros, se destaca –tal como ha sostenido la doctrina– que los elementos específicos del mismo son: los sujetos (en principio, la empresa de seguros y el asegurado (tomador, beneficiario); el consentimiento (que presupone la capacidad); el objeto (intercambio de una prima –suma de dinero– por el asegurado, por el resarcimiento de un daño o el cumplimiento de la prestación convenida a cargo del asegurado si se cumple el presupuesto al que se halla subordinado el cumplimiento de la prestación); que comprende, además, el riesgo (eventualidad de un daño en el

patrimonio del asegurado); el siniestro (la posibilidad o probabilidad de realización de un evento dañoso); y la causa (el interés económico lícito de que un siniestro no ocurra).

El objeto de la actividad aseguradora es, efectivamente, privado, pero sucede que la misma se proyecta con tal fuerza sobre el interés general que reclama inevitablemente el control e intervención de la Administración Pública.

COMPETENCIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y EL INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y EL USUARIO PARA DICTAR CONVENIOS DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL.....38

Los Convenios suscritos entre la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario lo que persiguen es la creación de mecanismos más expeditos para defender los derechos e intereses de los consumidores y usuarios en materia de seguros y el establecimiento de criterios comunes para que los dos (2) organismos actúen en la materia dentro de las competencias propias que les son asignadas por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y la Ley de Protección al Consumidor y al Usuario.

La Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario tienen como objetivo principal el: i) impulsar acuerdos operativos, ii) promover el establecimiento de condiciones y iii) la supervisión de los acuerdos operativos. Por supuesto, que estas funciones serán ejercidas de manera conjunta pues precisamente ese es el objetivo de suscribir acuerdos o convenios interinstitucionales: cooperación entre los Órganos de la Administración.

La Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario cooperarán de manera conjunta para mejorar los mecanismos de protección de los derechos e intereses de los

consumidores y usuarios en sus relaciones con las empresas aseguradoras y las empresas prestadoras de servicios afiliadas.

NULIDAD DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y EL INSTITUTO PARA LA DEFENSA Y EDUCACIÓN DEL CONSUMIDOR Y EL USUARIO (INDECU) PARA LAS PÓLIZAS DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD Y LAS PÓLIZAS DE CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRE
.....41

Los Convenios ya no sólo pretenden ser aplicados en el ámbito “interinstitucional”, sino que, sus efectos pretenden ser aplicados a terceros: empresas aseguradoras y centros de asistencia médica o talleres mecánicos. La Ley de Protección al Consumidor y al Usuario y la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros establecen la facultad de dichos Organismos para dictar normas de carácter sustantivo, salvo las normas y procedimientos a través de los cuales deberán tramitarse y sustanciarse las averiguaciones administrativas abiertas con ocasión de las denuncias interpuestas por los asegurados, contratantes o beneficiarios de las empresas de seguros.

Tanto el Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Superintendencia de Seguros y el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y el Usuario para las Pólizas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, como el para las Pólizas de Casco de Vehículos Terrestre, resulten nulos por haber sido dictados por una autoridad manifiestamente incompetente, de conformidad con el artículo 19, numeral 4 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos.

CONTROL PREVIO, CONCOMITANTE Y POSTERIOR A LAS EMPRESAS DE SEGUROS.....302

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora se encarga de regular todo lo relativo a la constitución, funcionamiento y control de la actividad aseguradora y en especial de las empresas de seguros. Este control per-

manente del Estado, dependiendo del momento en que se ejerce, puede ser: previo (como las autorizaciones que otorga el Estado para promover, constituir y operar las empresas de seguros); de funcionamiento (con la constatación de las condiciones previas en que se fundamentó la autorización para operar); o posterior (como en el caso de revocación de la autorización para operar, de la liquidación y la quiebra).

AUTORIZACIÓN PARA OPERAR EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

ACTIVIDAD COMERCIAL EQUIVALENTE A LA VENTA DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE VEHÍCULO..... 104

Sólo las empresas de seguros debidamente autorizadas por la Superintendencia de Seguros podrán emitir pólizas o contratos que pretendan cubrir los daños ocasionados por los conductores y/o propietarios de vehículos a terceras personas.

El hecho de que el contrato administrativo de R.C.V. que celebra Inversión Unión Nacional, C.A. con sus clientes sea bilateral, oneroso, aleatorio, de tracto sucesivo y de carácter indemnizatorio, no implica necesariamente que tenga naturaleza equivalente al contrato de seguros, pues existen contratos distintos al contrato de seguros con idénticas características, entre ellos la mutualidad, la cual, no tiene precisamente naturaleza de actividad aseguradora a tenor de lo dispuesto en la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Conforme ha indicado Devis Echandía, con relación al dictamen de un experto, “...Este dictamen vale como testimonio, en cuanto a la relación de hechos verificados por expertos en el desempeño del encargo privado, siempre que se entienda que debe ser ratificado, con las formalidades legales del testimonio judicial, en el curso del proceso, en cuyo caso tiene valor de testimonio técnico, y en modo alguno le otorga valor probatorio

al dictamen extraprocesal...”. (Teoría General de la Prueba Judicial, Tomo 2, 356 a 358).

A criterio de la Sala de Casación Civil, el informe técnico o pericial es documento en sentido amplio, y por esa razón debe ser ratificado en el juicio de conformidad con lo previsto en el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil, en cuyo caso la prueba que se forma en el proceso es la testimonial. Por cuanto el informe técnico queda comprendido en el testimonio, respecto del que las partes pueden interrogar y repreguntar, el contenido de éste pasa a integrar la prueba testimonial formada en el proceso, por lo que ambos –informe e interrogatorio- deben ser apreciados de acuerdo con lo previsto en el artículo 508 del Código de Procedimiento Civil.

AUTORIZACIONES.300

Las empresas de seguros no pueden modificar en forma alguna el contenido de las pólizas y documentos que les hayan sido aprobados, sin la previa autorización del órgano de control.

Las autorizaciones son aquellos actos que permiten al Administrado ejercer un derecho o poder que le pertenece, pero para cuyo ejercicio existe un obstáculo legal. Estos actos administrativos pueden ser: i) reglados, vale decir, cuando se condiciona el ejercicio de un derecho preexistente al cumplimiento de unos requisitos legalmente exigidos; o ii) discrecionales, para ello se requiere que la norma remita a una valoración administrativa que atribuya a la Administración la opción de elegir entre distintas soluciones igualmente justas.

La autorización de los productos, tarifas y primas es de naturaleza discrecional, puesto que los referidos dispositivos le otorgan un margen de valoración a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para dictar el acto administrativo en referencia.

AUTORIZACIÓN DE PÓLIZAS. 1117

Las empresas de seguros no pueden modificar en forma alguna el contenido de las pólizas y documentos que les hayan sido aprobados, sin la previa autorización de la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora, así como tampoco alterar las tarifas previamente acordadas entre las partes y aprobadas por el órgano de control y supervisión.

Las autorizaciones son actos que permiten al particular ejercer un derecho o poder que le pertenece, pero para cuyo ejercicio existe un obstáculo legal. Estos actos administrativos pueden ser: i) reglados, esto es, cuando se condiciona el ejercicio de un derecho preexistente al cumplimiento de unos requisitos legalmente exigidos; o ii) discrecionales, cuando se requiere que la norma remita a una valoración administrativa atribuyendo a la Administración la opción de elegir entre distintas soluciones igualmente justas (vid. sentencia de esta Sala N° 00213 de fecha 18 de febrero de 2009, caso: La Oriental de Seguros, C.A. Vs. Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas, hoy Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública).

La autorización de productos de seguro es de carácter discrecional.

**INCREMENTO DE LAS TARIFAS EN EL CONTRATO DE SEGURO
..... 1300**

La empresa de seguros aumentó las tarifas de primas por hospitalización, cirugía y maternidad sin haber sido aprobado y consultado previamente por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

CONTRATO DE SEGURO Y DE MEDICINA

PREPAGADA CONTRATO DE SEGURO

CONTRATO DE SEGURO. 720

El contrato de seguro ha sido definido por la doctrina como: “aquella institución de previsión por la que, mediante el pago de una prima o cuota, única o periódica, se adquiere el derecho a ser indemnizado por los daños o menoscabo sufridos en nuestra persona o bienes o a la entrega o disfrute de un capital, en época y tiempo determinados”.

El artículo 5 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Extraordinario No 5.553 de fecha 12 de noviembre de 2001, define el contrato de seguro como: “aquel que en virtud del cual una empresa de seguros, a cambio de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos, que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario, comprometiéndose a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al tomador, al asegurado o al beneficiario, o a pagar un capital, una renta u otras prestaciones convenidas, todo subordinado a la ocurrencia de un evento denominado siniestro, cubierto por una póliza”.

A tenor de la definición propuesta por la Ley, se pueden extraer los siguientes elementos: i) es un contrato, en consecuencia priva la voluntad o concierto de voluntades; ii) una empresa de seguros o aseguradora asume los riesgos (artículo 7); en virtud de esos hechos iii) el tomador –persona quien traslada los riesgos– paga una prima a la empresa de seguros o aseguradora; y iv) el siniestro debe ser independiente de la voluntad del beneficiario o tomador.

CONTRATO DE SEGURO. 865

El contrato de seguro es una institución de previsión por la que, mediante

el pago de una prima o cuota, única o periódica, se adquiere el derecho a ser indemnizado por los daños o menoscabo sufridos en nuestra persona o bienes o a la entrega o disfrute de un capital, en época y tiempo determinado.

Los contratos de seguro pueden ser clasificados en seguros de daños o de indemnización y seguros de personas, estos últimos definidos como aquellas pólizas por las cuales el asegurador se obliga “a pagar una suma determinada de dinero según la duración o las eventualidades de la vida o de la libertad de una persona”, entre las cuales se encuentra el seguro de vida, el de accidentes personales, seguro de salud, seguro de robo, etc.

VALIDEZ DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.....982

Las aseguradas no cumplieron con lo previsto en el contrato en lo referente a la entrega de los documentos pertinentes para la determinación de las pérdidas; asimismo, las pólizas y sus anexos deben contener la firma del tomador y de la empresa de seguros e indicar la póliza a la que pertenecen para que puedan considerarse válidos, concluyendo que las obligaciones de las partes en el precitado contrato de seguro solo está sujeto a los derechos y obligaciones contenidos en el cuadro-recibo y en la ley.

CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA.430

Las empresas de medicina prepagada se caracterizan como administradoras de recursos destinados a la atención de la salud. La denominación usual deriva de que los asociados contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar sucesivamente una cuota periódica.

La actividad realizada por las empresas que prestan servicios de medicina prepagada es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M.), asimilándose a una actividad propia del mercado asegurador y no de una verdadera medicina prepagada.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA (NATURALEZA JURÍDICA)548

Es un contrato en el cual se establecen claramente desde el inicio las obligaciones para ambas partes; para la empresa se establece una obligación de hacer, frente al contratante, que consiste en garantizar la prestación del servicio médico u hospitalario (ya sea por profesionales a su servicio, o mediante convenios con los profesionales de la medicina y/o centros hospitalarios), y para el contratante o afiliado, se trata de una obligación de dar, cuyo contenido es el pago periódico de una cierta cantidad de dinero como prestación adelantada del servicio que será prestado en el futuro por la empresa de medicina prepagada.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA (NATURALEZA JURÍDICA)715

Se puede entender a la medicina prepagada como la unión o asociación de un grupo de profesionales de la salud integrados en una estructura biomédica, que ciertamente incluye recursos tecnológicos y científicos de que dispone hoy la ciencia médica para el cuidado, conservación y rescate de la salud, o de clínicas, que prestan directamente el servicio a un grupo de afiliados, quienes se comprometen al pago adelantado de tales servicios; e igualmente podría presentarse a través de la creación de una persona jurídica bajo la forma de sociedad mercantil o asociación civil, que se limita a la celebración de los contratos con los afiliados y a la contratación de los servicios médicos con otras entidades, prestando una actividad de intermediación y cobertura de riesgos.

Los usuarios contratan voluntariamente un plan de cobertura médica con una gama de servicios, comprometiéndose por su parte a pagar una cuota periódica. Como contrapartida, la entidad debe administrar esos recursos, adjudicándolos a cada usuario de acuerdo con el tipo de plan que hubiese contratado y en el momento en que se produzcan las alteraciones de

salud, o según sea requerida de acuerdo a los planes ofrecidos, lo que evidencia que se trata de una actividad económica con un alto impacto social.

La medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros, por cuanto, asumen la prestación de un servicio o el resarcimiento de un daño al ocurrir una contingencia vinculada o inherente a problemas de salud, los cuales son cubiertos con recursos captados de un universo de personas.

El contrato de medicina prepagada cumple con los requisitos para ser una actividad de seguros, por cuanto en ella encontramos: i) la mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes, que son en definitiva quienes van a soportar la pérdida al materializarse el riesgo (enfermedad o accidente que den origen a la obligación de prestar el servicio médico; y ii) el lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad.

INTERPRETACIÓN CONTRACTUAL. 823

La interpretación de los contratos es una actividad no solo atinente al significado derivado literalmente de las palabras con las cuales fueron suscritos, sino a todas aquellas consecuencias que puedan surgir de las obligaciones asumidas, tanto para su perfeccionamiento como para su ejecución, según lo establecido en la Ley, los principios de equidad y la buena fe de los contratantes. Igualmente, cuando dichos acuerdos presenten obstáculos interpretativos, el juez estará facultado para indagar la voluntad contractual de las partes, a la luz de la función económica que se pretendía.

MEDICINA PREPAGADA: ¿ACTIVIDAD ASEGURADORA?556

La actividad realizada por las empresas que prestan servicios de medicina

prepagada es similar a la desplegada por las empresas de seguros, a través de sus contratos de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M), en virtud de: i) la mutualidad entre un contratante y la masa de los otros contratantes, ya que lo que se hace es transferir el riesgo que corre esta persona contratante a todo el grupo o masa de contratantes; ii) El lucro que la empresa obtiene con el ejercicio de esa actividad.

Las empresas de medicina prepagada deberán cumplir con los requisitos, regulaciones y controles establecidos en la ley con competencia en seguros, toda vez que, la actividad desplegada por estas empresas, aun cuando existen diferencias entre su objeto social y las sociedades mercantiles dedicadas a la actividad aseguradora, deben encontrarse bajo la vigilancia, control y supervisión del Estado.

MEDICINA PREPAGADA.649

Las empresas de medicina prepagada prestan un servicio de salud, el cual es público, esencial y está a cargo del Estado, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, similar a la desplegada por las empresas de seguros al asumir ajenas consecuencias de problemas de salud, que maneja recursos captados del público y que obtiene un lucro con el ejercicio de esa actividad.

Con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010, la medicina prepagada no se encontraba regulada por la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

En la actualidad, la medicina prepagada constituye una forma de actividad aseguradora que se encuentra sujeta al control, vigilancia, supervisión, autorización y regulación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y, por tanto, quienes la prestan deben cumplir con la normativa prevista en dicha Ley, a fin de desarrollar legalmente su objeto principal, el cual es la prestación de los servicios de salud a sus contratantes.

INTERÉS ASEGURABLE

INTERÉS ASEGURABLE FRENTE AL OBJETO EN EL CONTRATO DE SEGURO.....

El interés asegurable es un interés de tal naturaleza que el evento contra el cual se asegura pudiera causar pérdida al asegurado. Debemos ver con claridad que el interés no se refiere al objeto en riesgo, sino a la relación económica, que ligue a una persona determinada con los bienes que han de ser objeto del contrato en tal forma que la conservación de tales bienes le sea beneficiosa y su deterioro o pérdida signifique un quebranto patrimonial expresable en dinero.

En el seguro de vida, el interés asegurable tiene ciertas características, la pérdida es básicamente una pérdida de capacidad productiva y vemos aquí una ventaja de subdividir los seguros: i) en función de la pérdida material y; ii) la pérdida de capacidad productiva.

TITULARIDAD DEL INTERÉS ASEGURABLE EN EL CONTRATO DE SEGURO..... 962

Se declaró la falta de cualidad del demandante, al no estar satisfecho uno de los elementos necesarios para la validez del contrato de seguro relativo al interés asegurable, ya que éste al haber cedido los derechos del vehículo objeto de la póliza de seguro, dejó de ser el titular del interés asegurable; asimismo, se constató que el beneficiario de la póliza al realizar la venta del vehículo asegurado, debió notificar por escrito dicha enajenación y la empresa aseguradora hubiese aceptado por escrito la misma, lo cual no aconteció en el caso de marras.

INTERÉS ASEGURABLE (FRAUDE DE LA ASEGURADORA)92

La empresa aseguradora pretende beneficiarse de su propia desidia, pues

le correspondía verificar si el solicitante de la póliza tenía interés asegurable en el momento de la contratación, y en caso negativo, rechazarlo. Al no proceder de esta manera, tiene el deber de indemnizar a éste por el riesgo asumido, hasta tanto sea solicitada y declarada la nulidad de dicho contrato. Sostener el criterio opuesto, implicaría legitimar un fraude, pues la compañía podría celebrar contratos, a pesar de estar consciente de que no existe interés asegurable, y en cumplimiento de éste recibiría el pago de la o las primas respectivas, con la certeza de que en caso de siniestro, tendría bajo su manga la carta que le exime de responsabilidad.

VIGENCIA DE UNA PÓLIZA POR CAMBIO DE TITULARIDAD DE UN VEHÍCULO. 1393

El nuevo adquirente de un vehículo no tiene cualidad activa para sostener la pretensión de cumplimiento de un contrato de seguro e indemnización de daños y perjuicios, toda vez que, ha quedado demostrado que el interés jurídico propio en la relación material no lo obtuvo, por cuanto, al momento de comprar el vehículo no cumplió con las cláusulas contractuales del contrato de seguros que obligaba tanto al “anterior propietario como al adquirente” a notificar de tal situación. En efecto, disponía la cláusula N° 18, que: “si el objeto asegurado cambia de propietario los derechos y las obligaciones del contrato de seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes”.

INTERÉS ASEGURABLE EN EL CONTRATO DE SEGURO MARÍTIMO 1409

De conformidad con lo previsto en el ordinal 8° del artículo 379 de la Ley de Comercio Marítimo, cualquier persona que sea titular de un interés en el buque, tiene un interés asegurable.

PAGO DE LA PRIMA

OBLIGADO AL PAGO DE LA PRIMA EN EL CONTRATO DE SEGURO 1217

El tomador de la póliza de seguro, que puede coincidir o no con el asegurado, se obliga a efectuar el pago de la prima, a cambio de la cobertura otorgada por el asegurador, la cual evita que el contratante afronte un perjuicio económico mayor, en caso de que el siniestro se produzca.

Se evidencia que en el caso bajo estudio el Registro Mercantil Primero del Estado Mérida fue el ente contratante (tomador) de las pólizas individuales emitidas por la empresa Seguros La Previsora (aseguradora), a favor de los funcionarios de dicha Oficina (asegurados).

FALTA DE PAGO DE LA PRIMA (CONSECUENCIAS). 1138

La falta de pago oportuno de la prima establecida en un contrato de seguro, no supone la nulidad de dicho instrumento, sino que tal circunstancia dará derecho a la aseguradora “a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza”, ello con independencia de los siniestros que puedan verificarse durante la vigencia del mismo.

RIESGO Y SINIESTRO

RIESGO Y SINIESTRO EN EL CONTRATO DE SEGURO.....620

En el contrato de Seguro, a tenor de lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguros, la empresa de seguros a cambio del pago de una prima, asume las consecuencias de riesgos ajenos que no se produjesen por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario.

En Derecho de seguros es claro que el riesgo debe ser: i) real y lícito, en

el sentido de no ser contrario al orden público o a las buenas costumbres; ii) individualizado en cada contrato, mediante la declaración inicial de riesgo y su garantía limitada a través de las exclusiones de riesgo, legales o convencionales, las cuales tienen por finalidad dejar fuera del Contrato de Seguro ciertos eventos o sucesos o daños.

El siniestro fue y es un solo acontecimiento, cuya ocurrencia no dependió de la voluntad de la asegurada, ni el riesgo cubierto por la póliza de seguros perdió su condición de incertidumbre durante toda la vigencia del contrato, manteniéndose hasta el momento mismo de su ocurrencia, por lo que la sola afirmación de la empresa de seguros de “que efectivamente el siniestro no era incierto”, sin acreditar en autos mediante las pruebas pertinentes sus afirmaciones, no es suficiente para excepcionarse del pago de la indemnización reclamada.

INDEMNIZACIÓN

INDEMNIZACIÓN. TIEMPO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN EN EL CONTRATO DE SEGURO.....932

De acuerdo a lo pactado por las partes esa Empresa Aseguradora está obligada a pagar los siniestros totales o parciales en un lapso no mayor de treinta (30) días hábiles, una vez presentados los recaudos.

De la revisión de las actas que conforman el expediente se aprecia que la reparación y entrega del vehículo, se extendió hasta un año y medio aproximadamente después de haber puesto en conocimiento a la Aseguradora de la ocurrencia del siniestro, situación que en modo alguno puede considerarse como la prestación efectiva del servicio acordado.

OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR EN EL CONTRATO DE SEGURO947

La duración del contrato será estipulada por las partes, la cual no podrá exceder de diez años; señalando de igual forma que salvo pacto en con-

trario, el contrato se prorrogará tácitamente una o más veces, incluso por cláusulas convencionales, pero cada prórroga tácita no podrá exceder de un año. Es por lo que, la póliza adquirida para el período 2004-2005, se encontraba vigente para el momento del acaecimiento del siniestro -incendio-, toda vez que, el contrato no perdió su vigencia, sino por el contrario se renovó automáticamente.

SINIESTROS AMPARADOS EN LAS PÓLIZAS DEBEN SER INDEMNIZADOS SIN NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO DE LA AUTORIDAD JUDICIAL Y POLÍTICA963

La Sala observó que la Juez Superior, señala que: “... nuestro máximo Tribunal, (...) no emitió pronunciamiento alguno en cuanto a si hubo o no in- subordinación, insurrección militar y usurpación de poder civil, en las fechas del 11 al 15 de abril de 2002...”, (...) “...por lo que en este sentido es necesario precisar que no existe pues, una determinación sobre los hechos ocurridos entre las fechas antes mencionadas, que hayan sido reconocidos por alguna autoridad jurisdiccional y política...”, y concluir en que, “...el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, (...), se encontraba en pleno ejercicio de sus funciones como máximo representante del Ejecutivo Nacional, para el momento en que ocurrió el siniestro, que lo fue el 14 de abril de 2002...”; (...) En este sentido, si el recurrente no comparte el criterio a través del cual la Juez Superior fundamentó su imposibilidad de proceder a calificar los hechos narrados por la accionada, (...) otra debió ser su denuncia, pues acertada o no la Sentenciadora de Alzada expresó la motivación –bien escasa o exigua- por la cual no podía calificar los hechos narrados por la demandada.

INDEMNIZACIÓN (LAPSO).....1037

La Ley ordena al Superintendente de la Actividad Aseguradora que oficie a la empresa de medicina prepagada, a los fines de que esta remita informe a dicho órgano de control, acerca del cumplimiento de la obligación establecida en el artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora, el cual es-

tablecía que: “(...) las empresas de seguros o de medicina prepagada estarán obligadas a hacer efectivas las indemnizaciones antes del vencimiento del referido lapso, so pena de incurrir en responsabilidad administrativa por retardo en el cumplimiento de sus obligaciones”.

EXONERACIÓN DE LAS EMPRESAS DE SEGUROS DE MANERA TOTAL Y PERMANENTE DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN POR INCUMPLIMIENTO DEL ASEGURADO EN LA ENTREGA DE LOS RECAUDOS NECESARIOS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO. 1040

No se considera ajustado a la realidad que las compañías puedan eximirse de la responsabilidad de indemnizar por el transcurso del tiempo, en virtud que los contratos de seguros establecen que el asegurado, tomador o beneficiario, deberán proporcionar al asegurador, dentro del plazo convenido siguientes a la fecha del aviso del siniestro, los recaudos pertinentes que la empresa razonablemente pueda exigir para proceder a la correspondiente indemnización o no del siniestro ocurrido; sin embargo, cuando el asegurado por causa extraña que no le sea imputable, no pueda entregar algún recaudo solicitado, y sea conocido por todos que la tramitación del mismo constituye un trámite administrativo cuya expedición escapa de la voluntad del asegurado, salvo que se demuestre negligencia de su parte; es deber del sujeto regulado diferir el pago hasta tanto el asegurado entregue todos y cada uno de los recaudos necesarios, pero no exonerarse de manera total y permanente del pago de la indemnización a la cual estaba contractualmente obligada.

DAÑO MORAL COMO CONSECUENCIA DEL RETARDO EN EL PAGO DEL SINIESTRO..... 1252

La recurrida sí esgrimió las razones de hecho y derecho por las cuales declaró procedente el daño moral, fundamentándose en el caudal probatorio tendente a demostrar la ocurrencia del siniestro y las condiciones y circunstancias en que éste se produjo, desprendiéndose de ello que el hecho generador como requisito sine qua non del daño moral, consistía

en la tardanza en el rechazo de la reclamación de indemnización por parte de la aseguradora.

OMISIÓN DE LA EXPERTICIA DEL VEHÍCULO ANTES DE SUSCRIBIR LA PÓLIZA DE SEGUROS. 1419

La empresa aseguradora no fue diligente al momento de emitir la póliza, por omitir la realización de la experticia del vehículo a fin de verificar los desperfectos, alteraciones, daños o averías que pudo presentar el mismo, antes de la emisión y pago de la prima del seguro y no con posterioridad a la ocurrencia del siniestro.

La sociedad mercantil Proseguros, S.A, debió indemnizar al asegurado con el monto señalado en la Póliza de Seguros de Vehículos Terrestres, suscritas entre las partes el 8 de octubre de 2010 y “por lo tanto, es acreedora de una sanción administrativa, además de resarcir el daño causado”.

RETARDO Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN. 1140

La Administración no está en la obligación de aplicar de manera “concatenada” el artículo 41 de la Ley del Contrato de Seguro [relativa al pago de la indemnización], con lo establecido en el precitado artículo 130 de la Ley de la Actividad Aseguradora [derecho a la indemnización y a notificación de rechazo], ya que el supuesto que fue objeto de estudio durante el procedimiento administrativo y cuya ocurrencia en efecto se determinó a la finalización del mismo, no era el incumplimiento por parte de la empresa de seguros de su obligación de satisfacer [pagar] oportunamente las indemnizaciones correspondientes a sus asegurados, sino el “retardo” en que esta incurrió respecto a la tramitación de la reclamación.

EXCLUSIONES

**EXCLUSIÓN DE LA COBERTURA AMPARADA (DOLO DEL ASEGURADO)
.....166**

Es improcedente la aplicación de la exclusión de la cobertura amparada por la póliza de seguro, a partir de la presunción legal prevista en el artículo 560 del Código de Comercio, según la cual el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito, pero el asegurador puede probar que ha ocurrido por causa que no le constituye responsable según la convención o la ley, pues la asegurada empleó el cuidado necesario para prevenir el siniestro que le aconteció (robo), de conformidad con lo previsto en el artículo 568 ordinal 3° del Código de Comercio, haciendo uso de todos los medios razonables para ello, al tener contratado un servicio privado de vigilancia, sin que tal obligación pudiera considerarse incumplida por conducta negligente del asegurado, sobre la base del hecho que uno de sus empleados que se desempeñaba como vigilante de la asegurada el día en que ocurrió el siniestro, resultara cómplice en la perpetración del mismo y condenado penalmente por el mencionado delito.

EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD EN EL CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE.572

Al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario y, en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato.

Cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta: i) que esta es distinta a los plazos de espera; ii) debe quedar demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística; iii) las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro

rechazado es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

La única declaración de salud válida es aquella que se suscribe al momento de la incorporación del asegurado o beneficiario al contrato de seguro.

Para que las compañías aseguradoras eviten tener que cubrir la contingencia del asegurado, la única posibilidad es haberlo sometido a un examen médico antes de suscribir el contrato, si no lo hizo, o lo hizo pero no se llegó a descubrir esa enfermedad, deberán éstas aceptar el riesgo.

HECHO PUNIBLE NO EXCLUIDO DE LA PÓLIZA DE SEGURO 1317

Siendo el tribunal penal el único que califica el hecho delictivo y la responsabilidad penal, concluyó que se estaba en presencia del delito de desvalijamiento de vehículo, hecho punible no excluido de la póliza y, que ineludiblemente, conlleva a que la demandada deba cumplir con el pago respectivo en la forma en que fue pactado.

EXCLUSIÓN EN EL CONTRATO (DISFUNCIÓN ERÉCTIL).....1335

Las empresas de seguros pueden asumir todos, algunos o parte de los riesgos a que esté expuesta la persona o el bien asegurado, señalando que son libres de establecer en sus contratos de seguros cuáles riesgos se encuentran expresamente amparados por la cobertura y cuáles de ellos están excluidos, es decir, qué tipo de riesgos no serán trasladados a ella, entre otros factores, porque los mismos no han sido considerados para

la estimación de su tarifa, por lo cual el asegurado no ha pagado prima para su cobertura, y por ende, el asegurador no tiene la obligación de indemnizarlos.

La garantía de prestación del servicio (riesgo cubierto) como las causas de exclusión de dicha prestación deben ser formales e inequívocas. Insistiéndose en que las estipulaciones contractuales que contengan las mismas deberán redactarse de modo específico, en el entendido que las cláusulas de exclusiones de prestación de servicios o de riesgo que no llenen estos requisitos deben ser reputadas como nulas y en cualquier caso, interpretadas a favor del asegurado o beneficiario de la garantía.

No puede obligarse a la empresa de seguros a indemnizar la colocación de la prótesis intracavernosa al asegurado, pues dicha operación no forma parte de los siniestros cubiertos por la póliza. Considerarlo de otra manera, atentaría contra la naturaleza del contrato de seguros y el principio de autonomía de la voluntad de las partes, más aún cuando las exclusiones del mismo se encuentran dentro del sistema regulatorio vigente al momento de celebrarse la contratación de la póliza.

NOTA DE COBERTURA PROVISIONAL

NOTA DE COBERTURA PROVISIONAL Y RENOVACIÓN (EFECTOS)21

Al emitir la empresa aseguradora una póliza para el período comprendido entre el 30 de diciembre de 1994 y 30 de mayo de 1995, asumió la obligación de indemnizar a la empresa asegurada por los daños derivados del siniestro acaecido en fecha 28 de febrero de 1995; ningún efecto distinto podría desprenderse de tal actuación, la cual, contrariamente a lo expuesto por los apoderados de la recurrente, no infringe el artículo 552, en su ordinal 4º, del Código de Comercio, pues dicha norma ha de entenderse aplicable a los casos en que se contrata por vez primera el seguro, por lo tanto, no se trata de un nuevo contrato sino de la renovación de uno ya

suscrito, perfeccionada con la emisión de una nueva póliza, la cual debe entenderse vigente para la fecha del siniestro.

NOTA DE COBERTURA PROVISIONAL, RECIBO DE PAGO DE LA PRIMA Y EL CONTRATO DE SEGURO.....57

La nota cobertura provisional es una verdadera póliza, toda vez que con la firma del asegurador se recoge el acuerdo de las partes, en lo concerniente a los elementos del contrato de seguro y los obliga recíprocamente, no pudiendo ser de otro modo, porque si no fuese así carecería de utilidad jurídica y práctica.

Para que naciera en cabeza del asegurado la obligación de pagar, era indispensable que se le presentase el recibo respectivo, en el tiempo pactado por las partes, carga esta que recaía en la empresa de seguros.

Al no emitir la empresa C.N.A. de Seguros La Previsora el recibo de prima antes mencionado, no era exigible a los asegurados el pago de la misma.

DURACIÓN Y VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO

VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE AUTOMOVIL PARA PERSONAS SOMETIDAS A RELACIÓN LABORAL 137

De la documentación se observa que la Póliza de Seguros para Vehículos fue suscrita con vigencia hasta 31 de diciembre del año 2009, sin observarse del contenido del Cuadro de Póliza, del Contrato de Seguro y de ninguna cláusula o condición aplicable para los ex empleados de la empresa de seguros en lo referente a la expiración de la póliza, razón por la cual ésta debe considerarse como vigente y por ende cubrir los gastos generados en el siniestro del cual fue objeto el vehículo propiedad de la asegurada, resultando independiente la continuidad laboral dentro de la empresa.

DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.194

El tiempo de duración de los contratos en materia de seguros será el señalado por las partes en el respectivo contrato, dicha duración no podrá exceder de diez (10) años y cuando nada se indique en la póliza respecto a su duración ésta se entenderá celebrada por un (1) año.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO

RENOVACIÓN DE LOS CONTRATOS DE SEGURO.....196

Los contratos de seguros se considerarán prorrogados tácitamente una o cuantas veces sea posible, a menos que las partes expresen su voluntad de ser improrrogable. Cada prórroga tácita no podrá exceder de un (1) año y la renovación no implica un nuevo contrato.

La emisión de un cuadro recibo o recibo de póliza y el pago de la prima correspondiente para el nuevo período a asegurar, son prueba de la efectiva renovación de la póliza en las mismas condiciones en que estaba pactada.

PLAZO DE GRACIA EN EL CONTRATO DE SEGUROS.199

Al ocurrir el siniestro durante el plazo de gracia otorgado a la asegurada para el pago de la respectiva prima, surgió la obligación para la aseguradora de indemnizar dicho siniestro conforme a las previsiones establecidas en el artículo 29 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, por cuanto los riesgos ocurridos durante dicho plazo corrían por cuenta de aquélla conforme lo indica claramente la norma citada.

RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO Y LA OBLIGACIÓN DE REALIZAR NUEVOS EXÁMENES MÉDICOS.1002

El contratante del servicio y los beneficiarios mantenían una antigüedad con la empresa desde el año 1996; en razón de lo anterior, comparte la

Sala la posición de la Corte al sostener que no se entiende por qué aproximadamente nueve (9) años con posterioridad del conocimiento de la historia médica del paciente, es decir, en el año 2005, se decide de manera unilateral concluir por parte del equipo médico de dicha empresa prestadora de servicio, la presencia de una enfermedad preexistente del contratante, cuando lo correcto era realizar de manera periódica los exámenes médicos a quienes en todo caso contratan como nuevas suscripciones o renovasen sus contratos.

RENOVACIÓN Y LA FALTA DE PAGO DE LA PRIMA EN EL CONTRATO DE SEGURO..... 1084

Siendo el pago de la prima una de las obligaciones del tomador y una condición imprescindible para que se produzca la renovación de la póliza para un nuevo período luego del vencimiento del anterior, y no habiendo el tomador cumplido con el pago de dicha prima al vencimiento de la póliza correspondiente, ni en el período de gracia, es forzoso concluir que la póliza no fue renovada por responsabilidad de su tomador.

OBLIGACIÓN DE PAGAR LA PRIMA CONVENIDA PARA LA RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE LA PÓLIZA..... 1123

Si ninguna de las partes contratantes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, el contrato continúa surtiendo sus efectos en la forma que fue convenido; sin embargo, siendo el pago de la prima una de las obligaciones del tomador y una condición imprescindible para que se produzca la renovación de la póliza para un nuevo período, luego del vencimiento del anterior, y no habiendo la asegurada cumplido con el pago de dicha prima al vencimiento de la póliza correspondiente, ni en el período de gracia, se entenderá que la póliza no fue renovada por responsabilidad de la tomadora.

COBRO DE PAPELERÍA EN LA RENOVACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO..... 318

El cobro de papelería, como erogación, se causa con la emisión de la póliza, por cuanto en tal oportunidad la empresa debe entregar al asegurado el condicionado general y particular del contrato, hecho generador de los referidos gastos, razón por la cual se consideró a tal cargo como único, no existiendo la posibilidad de exigirlo en las renovaciones.

TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO **DE SEGURO Y DE MEDICINA PREPAGADA**

TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO DE SEGURO.809

En el concepto del contrato de seguro propuesto por la Ley del Contrato de Seguro, intervienen distintos elementos, dentro de los que resulta pertinente destacar, que la indemnización a la que se obligó Seguros Banvalor, C.A. afianzada a su vez por La Venezolana de Seguros y Vida, C.A., está subordinada a la ocurrencia de un evento denominado siniestro.

Se evidencia que la parte actora omitió probar que durante el lapso de vigencia del contrato de seguros suscrito con Seguros Banvalor C.A., (los primeros veinticuatro -24- días del mes de octubre de 2010), ocurrieron determinados siniestros, respecto a los que la compañía aseguradora no dio respuesta, es decir no cumplió con la obligación asumida en tal sentido. Siendo así y conforme lo alegaron los apoderados judiciales de La Venezolana de Seguros y Vida C.A., al no haberse demostrado la ocurrencia de los siniestros amparados por la póliza de seguros, mal podría exigirse de la afianzadora que le dé cumplimiento a la fianza otorgada y que precisamente tuvo por objeto responder por la cobertura.

NOTIFICACIÓN EFECTIVA EN EL CONTRATO DE SEGURO. 1007

La empresa de medicina prepagada incurrió en un incumplimiento manifiesto, al terminar anticipadamente el contrato de servicio sin realizar la

notificación a la persona que detenta la titularidad del contrato de suscritor.

La notificación de la terminación anticipada del contrato no fue realizada al contratante del servicio, es decir, al titular y principal contratante del mismo, habiendo incumplido así la empresa de medicina prepagada con la obligación contenida tanto en la cláusula sexta del contrato como en el artículo 53 del Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro.

PARTES EN EL CONTRATO DE SEGURO

TERCERO RECLAMANTE EN EL CONTRATO DE SEGURO (ELUSIÓN, RETARDO O RECHAZO GENÉRICO).499

El ilícito de elusión se constituye en la omisión de la compañía aseguradora en dar respuesta escrita, contentiva de las razones o motivos que tenga la empresa para considerar un siniestro como no cubierto.

Las partes esenciales de todo contrato de seguro son el asegurado y la empresa aseguradora, entre las cuales se reparten las cargas, obligaciones y derechos derivados del contrato de seguro. Sin embargo, en los seguros de responsabilidad civil de vehículos los cuales se constituyen en garantías a favor de los terceros, éstos intervienen como consecuencia de daños ocasionados a sus bienes o a sus personas en siniestros en los cuales se halla involucrado el asegurado o titular de la póliza. De manera que, si bien en principio los terceros son ajenos a la relación contractual del seguro, es por efecto de un siniestro en los cuales resultan perjudicados, que entran a formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de beneficiarios, al recibir en ese supuesto la indemnización que proveerá la compañía aseguradora.

En principio, los terceros son ajenos a la relación contractual del seguro, es por efecto de un siniestro en los cuales resultan perjudicados que entran a formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de be-

neficiarios, al recibir en ese supuesto la indemnización que proveerá la compañía aseguradora.

TERCERO RECLAMANTE EN EL CONTRATO DE SEGUROS (ELUSIÓN, RETARDO O RECHAZO GENÉRICO). 1144

Las partes esenciales de todo contrato de seguro son el tomador y la empresa aseguradora, además de asegurados y beneficiarios, entre las cuales se reparten las cargas, obligaciones y derechos derivados del contrato de seguro. Sin embargo, en los seguros de responsabilidad civil de vehículos los cuales se constituyen garantías a favor de los terceros, éstos intervienen como consecuencia de daños ocasionados a sus bienes o a sus personas en siniestros en los cuales se halla involucrado el asegurado o titular de la póliza. De manera que, si bien en principio los terceros son ajenos a la relación contractual del seguro, es por efecto de un siniestro en los cuales resultan perjudicados, que entran a formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de beneficiarios, al recibir en ese supuesto la indemnización que proveerá la compañía aseguradora.

Los terceros, aun cuando son ajenos a la relación contractual del seguro, por efecto de un siniestro en los cuales resulten perjudicados, pueden pasar a formar parte eventual de la relación jurídica, en calidad de beneficiarios, a los fines de recibir la indemnización a la que está obligada la aseguradora.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR PERSONAS AJENAS AL CONTRATO. LA CARGA DE ASUMIR LAS CONSECUENCIAS EN EL CONTRATO DE SEGURO..... 1359

La única responsable por la prestación de un servicio oportuno y de calidad era la empresa de Seguros, aun cuando el servicio de grúa y reparación del vehículo fueron prestados por personas ajenas al contrato o por terceros (a la compañía de seguros), lo cual no implica en ningún caso una exoneración de responsabilidad para dicha sociedad mercantil.

Quien tiene la carga de asumir las consecuencias de riesgos ajenos (terceros empleados o terceras empleadas), que no se produzcan por acontecimientos que dependan enteramente de la voluntad del beneficiario o beneficiaria (denunciante), le corresponden, dentro de los límites pactados a la empresa aseguradora.

INTERMEDIARIOS EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

CUALIDAD ACTIVA Y TITULARIDAD ACTIVA PARA LA DEFENSA DERECHOS COMO CORREDORA DE SEGUROS.....332

La cualidad activa y titularidad activa son dos términos totalmente distintos: el primero se refiere a la situación que tiene un sujeto dentro de una relación jurídico procesal, que en este caso sería la parte activa de la relación; por otra parte, la titularidad tiene que ver con el hecho de si es o no titular del derecho que se reclama.

DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA PARA EL PAGO DE LA COMISIÓN AL INTERMEDIARIO EN EL CONTRATO DE SEGURO 1012

La carga de la prueba de esa actividad de intermediación, es decir, la de probar que efectivamente a través de él fue que se celebró el contrato de seguro, la tiene el productor de seguros; no obstante, si la empresa de seguros afirma que fue ella quien directamente gestionó y concluyó el contrato a través de su alta gerencia, ha debido ser ésta quien debía probar esas aseveraciones y no el intermediario.

AGENTES EXCLUSIVOS Y LA RELACIÓN LABORAL CON LAS EMPRESAS DE SEGUROS. 1153

Es perfectamente posible que con ocasión de las actividades de un productor o agente de seguros que sea persona natural y que actúe en forma exclusiva para determinada empresa, pueda configurarse una relación de trabajo siempre y cuando de la forma como se ejecuten tales actividades no se encuentren desvirtuados los requisitos esenciales de la relación de trabajo presumidos por la Ley Orgánica del Trabajo. En ese sentido, al tratarse de una relación que se encuentra amparada por una legislación especial, la jurisprudencia ha sido clara en señalar que ello no implica que la labor ejercida por los productores exclusivos de seguros no pueda revestir carácter laboral, si sus características son propias de este tipo de relación.

NOTIFICACIONES AL INTERMEDIARIO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA..... 1387

Debe entenderse notificado de una comunicación la empresa de seguros o la persona asegurada, en los casos en que la comunicación es enviada a través del productor o corredor de seguros, luego del transcurso de cinco (5) días hábiles.

DEBERES DE INFORMACIÓN EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

DECLARACIÓN DEL SINIESTRO (PROCEDIMIENTO)..... 71

Previo al pago de la suma asegurada, el asegurado está obligado a declarar el siniestro. Luego de notificado el mismo, se procederá a la evaluación inmediata del daño. Una vez verificado lo anterior, la compañía aseguradora deberá determinar la procedencia o no del reclamo formulado para honrar el contrato de seguro, esto es así porque en principio se presume que el siniestro ocurrió sólo por caso fortuito. Entonces, el pago de la indemnización sólo procede y la empresa está obligada hacerlo cuando la aseguradora finalice las investigaciones y peritajes para establecer la existencia del siniestro.

NOTIFICACIÓN DE LA ANULACIÓN DE LA PÓLIZA.157

Para que la anulación se haga efectiva es necesaria la notificación a la asegurada.

La empresa aseguradora al saber que la asegurada se encontraba en estado de gravidez y que además no tenía conocimiento de la anulación de la póliza estaba obligada a cubrir los gastos concernientes al parto.

**CAMBIO DE PROPIETARIO DEL OBJETO ASEGURADO (NOTIFICACIÓN)
.....233**

Cuando el objeto asegurado hubiere cambiado de propietario, es imperativa la notificación a la empresa aseguradora dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario, para que los derechos y obligaciones derivados del contrato de seguro pasen al adquirente.

**EXTENSIÓN DE LOS RIESGOS EN EL CONTRATO DE SEGURO.
DECLARACIÓN (EFECTOS).660**

El asegurado, al momento de suscribir el contrato de asistencia médica, se encuentra en la obligación de declarar con total sinceridad aquellos padecimientos previos al contrato, a fin de determinar la extensión de los riesgos en el contrato de seguro. Ahora bien, las empresas aseguradoras que aleguen una enfermedad preexistente deberán probar la existencia de esa circunstancia de manera clara, precisa y detallada, con anterioridad a la contratación de la póliza.

CAMBIO DE PROPIETARIO DEL BIEN ASEGURADO.....833

Si se produce cambio de propietario del bien asegurado (en este caso venta del vehículo) los derechos y las obligaciones derivadas del contrato de seguro pasan al adquirente, pero tal situación deberá ser notificada a

la empresa de seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de la fecha en que la transferencia haya operado; a su vez, la empresa de seguros tendrá derecho a resolver unilateralmente el contrato dentro de los quince (15) días siguientes al momento en que hubiese tenido conocimiento del cambio de propietario, y su obligación cesará treinta (30) días después de la notificación por escrito al adquirente y del reembolso a éste de la parte de la prima correspondiente al plazo del seguro que falte por vencer.

El hecho de que se haya producido una traslación de propiedad del bien asegurado, no significa que de manera inmediata se traslade la póliza de una persona a otra, al contrario, existe una regulación por parte de la normativa especializada, en este caso la Ley del Contrato de Seguro, donde se establece el procedimiento idóneo para la notificación de cualquier situación que amerite un cambio de titular del bien amparado por la póliza de seguro.

CLÁUSULA DE COLINDANCIA Y LA OMISIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE LOS INMUEBLES O CONSTRUCCIONES COLIDANTES QUE PUDIERAN INCREMENTAR EL RIESGO (PÓLIZAS PARA INDUSTRIAS Y COMERCIOS).....884

Se colige que las cláusulas del contrato suscrito en el presente caso son desproporcionadas para el asegurado en el ámbito de la relación contractual circunscrita, toda vez que lo coloca en situación de desventaja en la relación, ya que la condición de construcción que colinde con el inmueble puede ser desconocido por el tomador de la póliza, o en el caso de conocerlo, no cuenta con un lapso para declararla una vez verificada; ello por cuanto a todas luces, el asegurado asumió un contrato de seguro, con base a un documento contractual prestablecido, en la que él se adhirió por el estado de necesidad de cubrir los riesgos que podía acontecerle al inmueble, en la que no coexistió el principio de autonomía de voluntad de las partes.

No se trata de consagrar la obligación legal de realizar un examen riguroso para todos los eventuales interesados en adherirse al Contrato de Póliza Dorada para Industria y Comercio, sino de evitar un perjuicio para el particular, a quien no le era exigible denunciar la existencia en la desocupación de un inmueble o del inicio de una obra de construcción que desconocía al momento de la ocurrencia del siniestro. Asimismo, la empresa de seguro estaría obligada a analizar la información suministrada, v.g. inmuebles desocupados, invadidos o abandonados, que aumente de tal modo el riesgo que dicha omisión suponga alteraciones del contrato o desigualdades odiosas en contra del asegurador.

FALSA DECLARACIÓN AL MOMENTO DE CONTRATAR UNA PÓLIZA DE SEGURO..... 1352

La providencia de la otrora Superintendencia de la Actividad Aseguradora incurrió en el vicio de falso supuesto al no tomar en cuenta que el asegurado presentó una declaración falsa al no indicar que padecía del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o HIV.

DUDA EN LA DECLARACIÓN DEL SINIESTRO EN EL CONTRATO DE SEGURO..... 1419

La irregularidad en la que la aseguradora fundamenta la existencia de serias dudas con respecto a la reclamación, se debe a un error humano cometido por un funcionario policial y no por el denunciante del siniestro, por lo que tal equivocación mal puede considerarse suficiente evidencia de que la asegurada utilizó medios y/o documentos engañosos para aprovecharse del beneficio de la indemnización amparada en la póliza de seguros que contrató.

NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE PROPIETARIO..... 1505

En el caso de que el objeto asegurado cambie de propietario, tanto los derechos y las obligaciones derivadas del Contrato de Seguros pasan al

nuevo adquirente, no obstante, tal situación debe ser informada a través de escrito dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a partir de la fecha en que la transferencia se haya realizado.

AJUSTE DE LA PRIMA POR ALTA **SINIESTRALIDAD**

AJUSTE DE LA PRIMA POR ALTA SINIESTRALIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO.....306

Que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora como argumento para desaprobar la incorporación de los anexos de ajuste de prima por alta siniestralidad, haya indicado que estaba estudiando su base de cálculo para aplicarla de manera obligatoria en el sector asegurador, no implicaba, de modo alguno, su aprobación ni la creación de una expectativa de derecho a las empresas de seguros de la aplicación de dicha cláusula, así como tampoco vulneró la confianza legítima ni una expectativa plausible.

AJUSTE POR SINIESTRALIDAD Y LA TERMINACIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGUROS DE PERSONAS..... 1119

La Superintendencia en uso de una facultad ex lege, como órgano encargado de velar por el mercado asegurador, concluyó que la inclusión por parte de la sociedad mercantil recurrente de un anexo de ajuste por alta siniestralidad comportó un perjuicio para los tomadores o beneficiarios de los contratos de seguros y, por ende, para el mercado asegurador al no haber podido demostrar a través de medios probatorios los elevados riesgos de siniestralidad y la depreciación del valor inicialmente estimado en la póliza de seguro.

La empresa de seguros al anular la póliza pretendió prescindir del componente esencial de un Contrato de Seguros, como lo es el riesgo y la posibilidad de pérdida en cuanto a su capital. Con este comportamiento

la empresa aseguradora modificó lo inicialmente pactado entre las partes y lo aprobado por el órgano regulador de la materia de seguros, y al artículo 53 de la Ley del Contrato de Seguros; éste último prohíbe la terminación anticipada de los contratos de póliza de seguros obligatorios y de personas.

AJUSTE DE LA PRIMA POR ALTA SINIESTRALIDAD DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.....1159

Está prohibido a las empresas de seguros y de reaseguros realizar ajustes de prima por alta siniestralidad durante el período para el cual ha sido calculada la misma, por lo que quedan sin efecto las cláusulas del contrato de seguro que establecen un desequilibrio entre los derechos y obligaciones de las partes o impongan cargas desproporcionadas en perjuicio del contratante.

Las cláusulas que establecen grandes desequilibrios entre las partes han sido denominadas por la doctrina del órgano rector en la materia como cláusulas abusivas, por lo que el pago por concepto ajuste de alta siniestralidad, ordenado por el actor a favor de la mencionada aseguradora no era legalmente procedente, y la nulidad de dicha cláusula no comporta la aplicación retroactiva de la ley.

ANEXO DE COBERTURA DE MOTÍN, DISTURBIOS POPULARES, DISTURBIOS LABORALES Y DAÑOS MALICIOSOS EN EL CONTRATO DE SEGURO.....455

Es por esto que la aprobación del “Anexo de Cobertura de Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos”, se enmarca dentro de las potestades específicas de supervisión y control asignadas por el ordenamiento jurídico a la Superintendencia de Seguros, concretadas en las aludidas disposiciones normativas, con el propósito de resguardar los derechos de los asegurados, identificados como débiles jurídicos de la relación que se desprende del contrato de seguros.

No puede afirmarse que se ha vulnerado el derecho a la libertad económica de las empresas aseguradoras, todas vez que las limitaciones impuestas obedecen a una medida, expresamente habilitada por las disposiciones legales y reglamentarias, que conceden potestades de limitación y ordenación a la Superintendencia de Seguros, y que tienen como propósito compatibilizar el ejercicio de la actividad aseguradora por parte de las empresas que operan en el sector, con los derechos de los asegurados en su condición de débiles jurídicos de las relaciones que devienen del contrato de seguro.

La actividad desplegada por la Superintendencia de Seguros implica el reconocimiento a la dinámica social como medio de transformación que origina que el riesgo sobre el cuidado de bienes, adquiera diferentes modalidades, que obligatoriamente deben ser cubiertas por las empresas dedicadas al ramo asegurador, siendo precisamente los Órganos Contralores de la Administración, verbigracia la Superintendencia de Seguros, el primero llamado a determinar cuándo cierto tipo de riesgos deben ser cubiertos.

La implementación del “Anexo de Cobertura de Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos” no genera condiciones uniformes para la prestación de todo el ámbito asegurador, sólo en lo relativo a motines, disturbios y daños maliciosos, y sólo en lo relativo a la tutela mínima de tales riesgos, pues nada impide, para que, dada la libre competencia en la actividad aseguradora, las empresas aseguradoras fijen condiciones más favorables a las establecidas en el Anexo in commento sobre la forma de cobertura de los riesgos antes mencionados.

ESCASEZ DE REPUESTOS Y LA REPARACIÓN DEL VEHÍCULO SINIETRADO (CAUTELAR).....665

La empresa aseguradora, con ocasión a la prestación del servicio, al ofrecer una póliza de seguros, debe cubrir o precaver la escasez de repuestos,

en el sentido que el asegurado al cumplir con la prima como contraprestación del servicio, se le debe garantizar el cumplimiento del referido contrato.

DEDUCIBLE

PAGO DEL DEDUCIBLE.....624

El deducible es la cantidad que se establece en algunas pólizas como un monto no indemnizable por la empresa de seguros. Generalmente se considera que del monto total a pagar por el asegurador, una suma determinada previamente se considerará como deducible, es decir, que ocurrido el siniestro se restará del monto a pagar la cantidad o fracción porcentual que habrá de ser cancelada por el tomador o asegurado.

PRINCIPIO INDEMNIZATORIA E INDEXACIÓN POR RETARDO

PRINCIPIO INDEMNIZATORIO Y CORRECCIÓN MONETARIA EN CASO DE RETARDO.....801

El principio indemnizatorio que debe regir a favor del asegurado o tomador, en el sentido de que se deberá reconocer la pérdida del valor adquisitivo y ajustar monetariamente el valor del objeto como consecuencia del incumplimiento o retardo en el cumplimiento de la obligación contraída, pero sin generar ventajas o especulaciones que resulte injusta y contraria a los derechos de los aseguradores.

La indexación acordada tiene su origen o causa en el retardo procesal, esto es: la desvalorización del monto demandado durante el transcurso del proceso, y la necesidad restablecer el equilibrio económico causado al determinar los expertos que ha ocurrido el fenómeno económico de depreciación de la moneda, en cuyo caso procederá el ajuste.

CORRECCIÓN MONETARIA EN EL CASO DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN. 1285

El artículo 41 del Decreto con Fuerza de Ley del contrato de seguros disponía que la empresa de seguros, en este caso, Seguros La Occidental, se encuentra obligada a satisfacer al asegurado con la indemnización correspondiente, una vez terminada las investigaciones y peritaje.

Ha sido criterio reiterado de la Sala que sólo la obligación principal es susceptible de indexación, y el monto resultante de la indexación no tiene ninguna influencia en la determinación de los daños y perjuicios que puedan atribuirse al retardo en el pago.

El deudor sólo está obligado, en principio, al pago de lo que pueda pactarse al tiempo de la celebración del contrato que, en el caso de las deudas de una suma de dinero sujetas a intereses moratorios, sería el monto que, diariamente, resulte de calcular los intereses a la tasa que corresponda, tomando como base la cantidad nominal de dinero objeto de la obligación.

Según el artículo 532 del Código Civil, los intereses, en tanto que frutos civiles, se adquieren día a día, de tal manera que sólo podrían calcularse sobre la base del capital que constituía la deuda líquida y exigible cuando hubiere sido demandado el pago, pues la indexación sólo se produce luego de la decisión judicial que la acuerde y fije su monto, momento cuando los intereses moratorios ya habrían sido adquiridos por el acreedor.

La indexación no es una pretensión de daños y perjuicios; ella tiene por objeto mitigar el efecto producido por la depreciación de la moneda aunado al retraso en el pago por parte del deudor y la demora material que genera el proceso judicial para su cobro, pues permite a través de los índices inflacionarios el reajuste del valor monetario, actualizándolo al valor del daño soportado por el acreedor desde la demanda hasta el momento en que por sentencia se ordene su liquidación, visto el derecho que tiene a que le sea indemnizada en su totalidad la lesión económica sufrida.

INDEXACIÓN POR EL PAGO TARDÍO DEL SINIESTRO EN LOS SEGUROS DE VIDA.....1449

La aseguradora MULTINACIONAL DE SEGUROS C.A., al incurrir en retardo en el pago de la indemnización, generó en el asegurado el derecho a la corrección monetaria de la misma, por lo que se cumplió con el supuesto de hecho previsto en su contenido.

Si bien es cierto que no procede la indexación sobre los intereses moratorios por ser éstos de naturaleza resarcitoria, ni reajustado al valor del dólar, por ser un mecanismo de ajuste excluyente a la indexación, sí debía aplicarla sobre las cantidades adeudadas en bolívares para restablecer el equilibrio económico afectado por la falta de pago oportuno de las mismas.

INTERESES DE MORA

PAGO DE INTERESES MORATORIOS EN EL CONTRATO DE SEGURO285

A pesar de no estar establecido en el Contrato de Seguro el pago de intereses, dada la naturaleza del mismo y tomando en consideración los preceptos contenidos en los artículos 3 y 4 de la Ley del Contrato de Seguro, le eran aplicables las disposiciones establecidas en el Código de Comercio, por lo cual consideró imponer el pago de intereses a la tasa del doce por ciento (12%) anual, calculados sobre el monto asegurado.

El Contrato de Seguro establece en caso de siniestro, el pago de una indemnización determinada en la póliza, la cual constituye una suma líquida que se hace exigible al momento del reporte del siniestro y cumplido el trámite establecido en el contrato. Ello supone el cumplimiento por parte de la aseguradora de la obligación de pago en una fecha cierta, por lo que

vencida la oportunidad sin que esta lo hiciera, se estaría generando un desequilibrio patrimonial en desmedro del asegurado o beneficiario de la póliza, que necesariamente debe ser compensado a través del pago de intereses moratorios.

CADUCIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO

CADUCIDAD PARA EJERCER LA ACCIÓN JUDICIAL EN EL CONTRATO DE SEGURO..... 79

La cláusula de caducidad semestral contenida en los contratos de seguros le ha sido reconocida su validez, vigencia y eficiencia, por ser cónsona con los postulados de buena fe y equidad que deben informar las relaciones contractuales, por lo que lejos de restringir la garantía constitucional de acceso a la jurisdicción, que es de orden público, sólo limita el derecho subjetivo que tiene el asegurado frente al asegurador, el cual es de índole privado y perfectamente disponible por vía contractual.

CADUCIDAD LEGAL VS LA CADUCIDAD CONTRACTUAL EN EL CONTRATO DE SEGURO..... 183

La norma contenida en el Decreto con fuerza de Ley del Contrato de Seguro indica que su aplicación es de carácter imperativo; con base en ese mandato mal puede entenderse y aceptarse que la disposición contractual pueda tener supremacía sobre la legal, ya que la orden emanada del Decreto Ley en comentario es la de aplicar aquellas cuando beneficien al asegurado, tomador o beneficiario.

En aras del derecho a la defensa del justiciable y de su acceso a la justicia, cualquier plazo que lo beneficie para el ejercicio de un derecho debe aplicarse con preeminencia sobre el otorgado para el caso concreto, cuando este resulta más corto.

CADUCIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO.....258

Sobre la convención del lapso de caducidad, ha dicho esta Sala, que limita el acceso a la justicia y es por ello que toda interpretación sobre la materia tiene que ser restrictiva y su establecimiento no debe correr por cuenta del convenio contractual. Si bien en los casos del contrato de seguro, el lapso de caducidad lo establece la ley, en el particular la cláusula proviene de un contrato privado suscrito entre la aseguradora y el tomador del seguro y prevé un lapso de seis meses para el ejercicio del derecho de reclamar judicialmente, lo que contradice el establecido en el artículo 55 del Decreto con rango y fuerza de Ley del contrato de seguro, que es de doce (12) meses y ante esta situación se impone tomar en cuenta y aplicar obligada y necesariamente el lapso de doce meses por provenir de una norma con rango legal. La caducidad, entonces, cuando va referida a la pérdida de la posibilidad de ejercer la acción, debe estar establecida en una norma legal y no es posible aceptar que los contratantes fijen un lapso fatal de la especie mediante un convenio.

CADUCIDAD DE LOS DERECHOS DERIVADOS DEL CONTRATO DE SEGURO..... 1130

En Venezuela, en materia de Seguros, no es aplicable la caducidad contractual o convencional porque impera la caducidad legal o establecida en la ley, es por ello que debe entenderse en los contratos de seguros venezolanos la caducidad como pérdida de la posibilidad de hacer valer en juicio algún derecho, por no haber solicitado la tutela jurisdiccional dentro del plazo establecido por la ley, caracterizándose la misma porque se cumple fatalmente si no se evita a tiempo con la interposición de la demanda.

La caducidad es una sanción jurídica, de carácter procesal, conforme a la cual el transcurso del tiempo fijado por la ley para la validación de un derecho acarrea su extinción; de modo que la caducidad no se interrumpe, sino que se consuma extinguiendo la acción por el solo transcurso del tiempo que se establece como hábil para ejercitarla.

En el artículo 55 del Decreto con Fuerza de la Ley del Contrato de Seguro, el lapso de caducidad de doce (12) meses comienza a computarse a partir de la fecha de rechazo de cualquier reclamación. Es pues la fecha de rechazo de la reclamación, y no la ocurrencia del siniestro el hecho que da partida al lapso de caducidad, que no puede ser igual o menos de doce (12) meses, como ocurre para la prescripción de la acción establecida en el artículo 56 la Ley del Contrato de Seguro, que se inicia a los tres (3) años a partir de la ocurrencia del siniestro.

La Ley de manera implícita permite a las partes convenir sobre la caducidad de derechos, pero no de cualquier forma. Así, se colige del artículo 4.5 de la Ley del Contrato de Seguros, que: “Cuando sea necesario interpretar el Contrato de Seguro se utilizarán los principios siguientes: (Omissis) 5. Las cláusulas que imponen la caducidad de derechos del tomador, del asegurado o del beneficiario, deben ser de interpretación restrictiva, a menos que la interpretación extensiva beneficie al tomador, al asegurado o al beneficiario”.

En materia de seguros la caducidad contractual en ningún caso puede ser menor o igual a la establecida en la ley, sin embargo, puede establecerse un lapso de caducidad más amplio y beneficioso para el tomador, el asegurado o el beneficiario por voluntad expresa de las partes.

CADUCIDAD DE LA ACCION JUDICIAL EN CONTRATOS DE SEGURO 1260

El lapso de prescripción o de caducidad de la acción se debe computar conforme a la ley vigente para la fecha en que ocurrieron los hechos, es decir, el lapso de caducidad previsto en el artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro publicada en fecha 12 de noviembre de 2001, comienza a computarse a partir de la fecha “... de rechazo de cualquier reclamación...”, es pues la fecha de rechazo de la reclamación, y no la ocurrencia del siniestro el hecho que da partida al lapso de caducidad.

La falta de aplicación por el juzgador de la cláusula N° 9 de las Condiciones Generales de la Póliza de Robo, el cual prevé el lapso de seis (6) meses de caducidad a partir del rechazo de la reclamación, se constató de la transcripción de la sentencia recurrida que el juez superior la desestimó con fundamento en el artículo 55 de la Ley del Contrato de Seguro, ya que la norma legal transcrita otorga un lapso de tiempo mayor al previsto en la cláusula contractual -cláusula 9°- lo que constituye un beneficio, y coadyuva a la protección de los derechos del asegurado.

CADUCIDAD DE LA ACCIÓN EN LOS CONTRATOS DE SEGURO1516

La interpretación referida a la caducidad cuando se opone al asegurado (tanto legal como contractual) debe interpretarse restrictivamente a menos que la extensiva beneficie al tomador, asegurado y usuario; por tanto, en la relación contractual del caso de marras, se desprende que la interpretación efectuada por el Tribunal a quo es la más beneficiosa para el asegurado.

CADUCIDAD LEGAL EN EL CONTRATO DE SEGURO.....1510

La denominada caducidad de origen legal, entendiéndose la extinción de un derecho y, por ende de la acción judicial para reclamarlo por el transcurso del lapso establecido en la ley. La caducidad legal es de orden público, y podrá ser declarada aún de oficio por el juez. De conformidad con el artículo 55 del Decreto número 1.505 con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro, del 30 de octubre de 2001, publicado en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela número 5.553, Extraordinario, del 12 de noviembre de 2001, el lapso de caducidad con que cuenta el tomador, asegurado o el beneficiario para ejercer la acción judicial contra la aseguradora, a los fines de reclamar el cumplimiento de la prestación o pago de la indemnización por la ocurrencia de un siniestro, es de doce (12) meses y empieza a transcurrir a partir del rechazo de cualquier reclamación.

FALTAS DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

OMISIÓN DE INFORMACIÓN.....85

El asegurado debe declarar la sinceridad de todas las circunstancias necesarias para identificar la cosa asegurada. En ese sentido, al omitir información respecto al contrato de arrendamiento con opción de compra, celebrado anteriormente con un tercero sobre los bienes objeto del contrato de seguro, no puede luego pretender obtener el pago de sumas de dinero derivadas de ese mismo contrato de seguro, ya que ella no dio cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 568 del Código de Comercio.

DERECHO SANCIONATORIO

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO (LAPSO MÁXIMO DE DURACIÓN). 1196

De conformidad con lo establecido en los artículos 60 y 61 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, por regla general, los procedimientos administrativos no podrán exceder de cuatro (4) meses, salvo que medien circunstancias excepcionales, es decir, a menos que el asunto concreto amerite un tiempo mayor, caso en el cual, la Administración mediante auto motivado, otorgará prórrogas que no podrán exceder de dos (2) meses.

La dilación injustificada del procedimiento administrativo sólo prosperaría en caso de que el retardo constituya un menoscabo a los derechos e intereses del particular.

TEORÍA DE LA CAUSALIDAD ADECUADA PARA LA DETERMINACIÓN DE LOS DAÑOS CUBIERTOS EN EL CONTRATO DE SEGUROS ES ADMISIBLE SALVO DISPOSICIÓN LEGAL EN CONTRARIO.524

A los efectos de determinar si un siniestro está cubierto o no, es necesario conocer como se causó y tal distinción debe hacerse a través de un examen a posteriori de las circunstancias, para determinar cuáles son las condiciones que permiten prever la eventualidad del daño: esta es la teoría de la causalidad adecuada.

PRINCIPIO DE LEGALIDAD.....597

El principio de legalidad en su vertiente material, contiene dos mandatos o preceptos concretos, el primero, de carácter estático, conocido como mandato de taxatividad y predeterminación de las sanciones, que supone que la norma sancionadora cumpla con tres requisitos específicos i) que sea previa a la ocurrencia del hecho, ii) cierta en cuanto a su contenido y iii) escrita; y el segundo, de carácter dinámico, que no es más que la necesidad de que los hechos sancionados por la Administración se encuentren en perfecto acomodo con los tipos previstos en la norma sancionadora.

La sanción estará bien aplicada en la medida y sólo en la medida en que exista correspondencia literal, lógica y, por supuesto, axiológico-constitucional, entre los hechos y la norma.

LÍMITES A LAS POTESTADES DISCRECIONALES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.603

Cuando la autoridad competente está facultada para imponer una sanción, deberá hacerlo atendiendo al supuesto de hecho y fines de la norma, guardando una debida relación entre la gravedad del hecho constitutivo de la infracción y la sanción a ser aplicada.

DERECHO A LA IMAGEN Y LA IMPOSICIÓN DE PENAS A LAS EMPRESAS DE SEGUROS.....616

Tras la comprobación fáctica de la conducta castigada por la Ley por alguna empresa de seguros, no puede considerarse la imposición de la mencionada sanción como una violación del derecho al honor y reputación.

VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA DEFENSA Y LA PRESUNCIÓN DE INOCENCIA.703

Se consagra el derecho a la presunción de inocencia, cuyo contenido abarca tanto lo relativo a la prueba y a la carga probatoria, como lo concerniente al tratamiento general dirigido al imputado a lo largo del procedimiento. Por tal razón, la carga de la prueba sobre los hechos constitutivos de las pretensiones sancionadoras de la Administración recae exclusivamente sobre ésta. De manera que la violación al aludido derecho se produciría cuando del acto de que se trate se desprenda una conducta que juzgue o precalifique como ‘culpable’ al investigado, sin que tal conclusión haya sido precedida del debido procedimiento, en el cual se le permita al particular la oportunidad de desvirtuar los hechos imputados.

Siendo que la presunción de inocencia es una garantía inscrita dentro del debido proceso y, por lo tanto, aplicable a todas las actuaciones judiciales y administrativas, es elemental que la parte quien impute o atribuya la comisión u omisión de una conducta tenga —como fórmula imperativa— la carga de probarla.

VIOLACIÓN AL DERECHO A LA PRESUNCIÓN DE INOCENCIA E INVERSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA EN LOS CONTRATOS DE SEGURO.....766

Se entiende por presunción de inocencia, aquel derecho que tiene toda persona de ser considerada inocente mientras no se pruebe lo contrario.

Asimismo, cabe destacar que éste derecho, forma parte de los principios y garantías que son inherentes al debido proceso, consagrado en el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual exige en consecuencia, que tanto los Órganos Judiciales, como los de naturaleza administrativa deban ajustar sus actuaciones a lo largo de todo el procedimiento de que se trate, de tal modo que ponga de manifiesto el acatamiento o respeto del mismo.

La presunción de inocencia de la persona investigada abarca cualquier etapa del procedimiento de naturaleza sancionatoria tanto en el orden administrativo como judicial, por lo que debe darse al sometido procedimiento sancionador la consideración y el trato de no partícipe o autor en los hechos que se le imputan.

DERECHO A LA DEFENSA Y EL DEBIDO PROCESO.897

El derecho a la defensa implica la posibilidad para el recurrente de intervenir, ya sea en el procedimiento administrativo o en el proceso judicial, para aportar alegatos, defensas y pruebas con el fin de desvirtuar las declaraciones o afirmaciones que han sido proferidos en su contra.

El derecho al debido proceso debe aplicarse y respetarse en cualquier estado y grado en que se encuentre la causa, sea ésta judicial o administrativa, pues dicha afirmación parte del principio de igualdad frente a la ley, y que en materia procedimental representa igualdad de oportunidades para las partes intervinientes en el proceso de que se trate, a objeto de realizar (en igualdad de condiciones y dentro de los lapsos legalmente establecidos) todas aquellas actuaciones tendientes a la defensa de sus derechos e intereses.

VIOLACIÓN AL PRINCIPIO CONSTITUCIONAL NON BIS IN IDEM855

El non bis in idem es un principio de carácter ineludible en todo procedi-

miento sancionatorio, y supone, en una de sus más conocidas manifestaciones, la interdicción de la duplicidad de sanciones, en los casos en que se aprecie la identidad de sujeto, hecho y fundamento.

El *non bis in idem* es un principio general del derecho que, con base al principio de cosa juzgada, prohíbe la aplicación de dos o más sanciones o el desarrollo de dos o más procedimientos, sea en uno o más órdenes sancionadores, cuando se dé una identidad de sujetos, hechos y fundamentos y siempre que no exista una relación de supremacía especial de la Administración.

El principio *non bis in idem* constituye un postulado constitucional con base al cual nadie podrá ser sometido a juicio por los mismos hechos en virtud de los cuales hubiere sido juzgado anteriormente. Vale decir que con ello se prohíbe la aplicación sucesiva o simultánea de varias sanciones por un mismo hecho. Ahora bien, cabe indicar que la prohibición pesa siempre en relación con un mismo tipo de responsabilidad, es decir, si se trata de un hecho que da lugar a una sanción administrativa, está excluida la posibilidad de aplicar varias veces la misma, pero cuando se trata de un hecho que siendo susceptible de responsabilidad administrativa, además lo es penal y civil, cada una de estas responsabilidades subsisten de forma individual e independiente, sin que la existencia de una de ellas necesariamente excluya la aplicación de la otra.

La doctrina ha establecido la posibilidad de sancionar un mismo hecho doblemente, pero sólo en el caso de que tales sanciones sean impuestas por autoridades diferentes, esto es, por ejemplo, una sanción penal y otra administrativa a una actuación que tenga la consideración de ilícito penal y administrativo y aún una tercera sanción cuando la misma actuación genera responsabilidad civil.

RESOLUCIONES ADMINISTRATIVAS (PRESUNCIÓN DE BUEN DERECHO)863

La existencia de una Resolución emanada de la citada Superintendencia que avale o justifique el rechazo del siniestro reportado, no se traduce, en principio, en la imposibilidad del órgano recurrido de imponer la multa impugnada y menos aún en la existencia de una presunción de buen derecho a favor de la recurrente.

PRESUNCIÓN DE INOCENCIA Y LA CARGA DE LA PRUEBA.974

Se entiende por presunción de inocencia, aquel derecho que tiene toda persona de ser considerada inocente mientras no se pruebe lo contrario. Asimismo, cabe destacar que éste derecho forma parte de los principios y garantías que son inherentes al debido proceso, consagrado en el artículo 49 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, el cual exige en consecuencia, que tanto los Órganos Judiciales, como los de naturaleza administrativa deban ajustar sus actuaciones a lo largo de todo el procedimiento de que se trate, de tal modo que ponga de manifiesto el acatamiento o respeto del mismo.

La carga de la prueba sobre los hechos constitutivos de las pretensiones sancionadoras de la Administración, recae exclusivamente sobre ésta, y sólo puede entenderse como prueba la practicada durante un procedimiento, bajo la intermediación del órgano decisor y la observancia del principio de contradicción. De manera que la violación al aludido derecho se produciría cuando del acto de que se trate se desprenda una conducta que juzgue o precalifique como “culpable” al investigado, sin que tal conclusión haya sido precedida del debido procedimiento, en el cual se le permita al particular la oportunidad de desvirtuar los hechos imputados.

La simple afirmación unilateral no resulta suficiente para que un hecho se dé por cierto (salvo que se produzca por confesión), no obstante, si las partes son coincidentes en la afirmación de aquél, se convierte en un hecho no controvertido y por lo tanto exento de prueba.

DERECHO A LA DEFENSA DE LAS EMPRESAS ASEGURADORAS
.....1244

La representación judicial de la empresa aseguradora debía dirigir su defensa a convencer al órgano sancionador del correcto cumplimiento de las normas que regulan y protegen los derechos de las personas en el acceso a los bienes y servicios. De modo que establecer una posible responsabilidad basada en una norma u otra de las previstas en la ley (dentro del mismo espectro jurídico), no modifica los hechos que originaron la apertura del procedimiento y la posterior sanción, toda vez que, en el caso concreto, la empresa demandante tuvo conocimiento de los hechos que se le imputaron y la oportunidad de presentar las defensas que estimó convenientes, razón por la cual debe desestimarse la denuncia relativa a la violación del derecho a la información alegada.

ILÍCITOS DE LAS EMPRESAS DE SEGURO Y
DE MEDICINA PREPAGADA

OBLIGACIÓN DE LAS EMPRESAS DE SEGURO. ELUSIÓN, RETARDO Y RECHAZO GENÉRICO.626

La Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros de 1994, preveía tres tipos sancionatorios distintos, configurados por: i) La elusión de las obligaciones a cargo de la aseguradora frente a los contratantes, asegurados o beneficiarios, como por ejemplo la de pagar las coberturas previstas en los contratos de seguros ante la ocurrencia del riesgo previsto, o la de notificar motivadamente su negativa de pago de dichas coberturas; ii) El retardo en el cumplimiento de las referidas obligaciones; iii) El rechazo de los siniestros reclamados mediante argumentos genéricos.

Las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza y de pagar la indemnización correspondiente o rechazarla mediante escrito motivado en el lapso legalmente establecido.

La aseguradora al no enviar comunicación alguna a la asegurada, destinada a ponerla en conocimiento de la improcedencia o procedencia total o parcial de la indemnización reclamada, incurrió en evasión de la obligación de dar respuesta por escrito a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas, lo que configura el supuesto de elusión a dicha obligación prevista y sancionada en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, aplicable *ratione temporis*.

ELUSIÓN, RETARDO Y RECHAZO GENÉRICO.160

La falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de cancelación de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsumiría en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implicaría el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsumiría en el supuesto de retardo sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo párrafo cuarto del artículo en comento.

Véase también: 266.

**ELUSIÓN, RETARDO Y RECHAZO GENÉRICO (TIPICIDAD Y LEGALIDAD)
.....342**

El principio de tipicidad se encuentra inserto en el principio de legalidad, por cuanto, mientras el primero postula la exigencia de predeterminación normativa de las conductas ilícitas, el de legalidad concreta tal prescrip-

ción en el requerimiento de definición, suficiente para la identificación del ilícito y de su consecuencia sancionatoria.

La falta de pago o la ausencia de respuesta ante la solicitud de pago de las coberturas previstas en una determinada póliza, se subsume en el supuesto de elusión de las obligaciones establecidas a cargo de la aseguradora, pues implica el incumplimiento del deber de notificar por escrito o de pagar las indemnizaciones debidas; en tanto que, la respuesta o el pago fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso, y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro, se subsumiría en el supuesto de retardo sancionado por la norma y, por último, la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en el mismo parágrafo cuarto del artículo en comentario.

El supuesto de elusión no se verifica sólo por la falta de respuesta en cuanto a la procedencia o cobertura del siniestro, sino que incluye la ausencia de información oportuna y razonada al interesado respecto, en general, del reclamo que el mismo formule.

La elusión no impone necesariamente el análisis del elemento subjetivo de la conducta ilícita, esto es, la existencia de un comportamiento engañoso, fraudulento o negligente por parte de la empresa aseguradora investigada, pues la ratio de la norma no es penar tales modos de proceder sino procurar que los asegurados y beneficiarios obtengan de aquéllas una respuesta oportuna frente a los compromisos adquiridos con la celebración del contrato de seguro.

RECHAZO GENÉRICO.162

Si bien la compañía aseguradora informó al asegurado que el siniestro no

le sería pagado de conformidad con lo establecido en la cláusula siete (7) de las condiciones particulares de la póliza, según la cual “la compañía quedará relevada de la obligación de indemnizar si el asegurado: e) no pudiera demostrar fehacientemente las pérdidas sufridas”, la sola mención de la aplicación de la cláusula no es suficiente para explicar las razones que llevaron a la compañía aseguradora para considerar que no se había demostrado fehacientemente las pérdidas sufridas por el asegurado.

Si la documentación consignada por el asegurado no era suficiente para demostrar fehacientemente las pérdidas sufridas, correspondía a la empresa de Seguros explicar en forma detallada por qué esa documentación era insuficiente, estableciendo la relación directa entre los documentos faltantes y la información indispensable que, según lo estipulado en el contrato de seguro, era necesaria para proceder al pago del siniestro.

RECHAZO GENÉRICO.255

El rechazo genérico se configura cuando la empresa de seguros emite una respuesta negativa conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate.

RECHAZO GENÉRICO. DOS PÓLIZAS, UN “IMPLANTE DE SENOS” Y EL PAGO DEL REMANENTE NO CANCELADO.313

La aseguradora no contaba con elementos suficientes para considerar que el siniestro no se encontraba amparado por la cobertura contratada, por tratarse, según su criterio, de una cirugía plástica u ortopédica, lo cual representa un artificio a los fines de evitar el pago de la indemnización correspondiente, siendo posiblemente la verdadera razón para negar la misma que el asegurado decidió no renovar el contrato de seguro.

No basta que la empresa aseguradora indique al asegurado que su siniestro ha sido rechazado, sino que es necesario que señale expresamente tanto las razones de hecho como las de derecho en las cuales basó su ne-

gativa, a fin de que el asegurado o beneficiario de la póliza pueda ejercer cabalmente su derecho a la defensa.

CARTA DE RECHAZO EXTEMPORÁNEA.1462

El documento denominado como carta de rechazo, si bien es un documento escrito emanado de la empresa aseguradora, por sí misma no colmó con las características que exige la ley para considerarse como la notificación del rechazo de la indemnización del siniestro, al haber sido extemporánea (remitida pasados con creces los 30 días establecidos en la norma), escueta en su fundamentación y sin que mediara la demostración de los hechos aducidos por la aseguradora.

EXCESO DE VELOCIDAD Y EL PAGO DEL SINIESTRO EN EL CONTRATO DE SEGURO.175

Ante la ausencia de pruebas sobre la existencia de una infracción de las normas de tránsito, la empresa recurrente no tenía razones para rechazar, aun parcialmente, el siniestro, por lo que al no indemnizar la totalidad de los daños ocurridos, incumplió la obligación contractual contraída con el asegurado, incurriendo en tal sentido conforme lo determinó en forma correcta la Superintendencia de Seguros y el Ministerio de Finanzas en el supuesto de elusión.

ELUSIÓN Y RETARDO.245

Entregada en fecha oportuna la declaración del siniestro con los recaudos que indica la póliza, la compañía aseguradora debe pronunciarse sobre la procedencia o no del pago del siniestro en el lapso de treinta (30) días hábiles, so pena de incurrir en retardo. Ahora bien, en el caso de que la compañía aseguradora considerara necesario solicitar una información adicional a la exigida al asegurado expresamente por las condiciones generales de la póliza para la evaluación de la reclamación, resulta lógico que el requerimiento fuera realizado lo más pronto posible, sin esperar el

vencimiento del lapso antes señalado para hacer dicha petición, toda vez que en ese tiempo debía analizar el reclamo formulado para emitir una respuesta al respecto.

RETARDO (LAPSO PARA COMPUTARLO).....252

El retardo se configura cuando la respuesta o el pago es realizado por la empresa aseguradora fuera del plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se haya terminado el ajuste correspondiente, si fuere el caso y el asegurado haya entregado toda la información y recaudos indicados en la póliza para liquidar el siniestro.

CARTA AVAL Y LA ELUSIÓN.....508

Las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza, por lo que ante la exigencia de carta aval realizada debía responder su requerimiento oportunamente, informándole la improcedencia de la solicitud por ella realizada.

PRESUPUESTO PRESENTADO PARA LA INTERVENCIÓN FUTURA Y LA OBLIGACIÓN DE RESPUESTA MOTIVADA.747

La empresa de seguro al no dar respuesta por escrito a la asegurada donde indicara de manera motivada las razones de hecho y de derecho por las cuales negaba el otorgamiento de la carta aval, eludió la obligación establecida en el artículo 175 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, en virtud que es conveniente tanto para la propia empresa como para el asegurado que las causas de la negativa a su otorgamiento sean notificadas y debidamente explicadas, dando así oportunidad a los asegurados para ejercer una defensa adecuada.

Las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza y de pagar la in-

demnización correspondiente o rechazarla mediante escrito motivado en el lapso legalmente establecido.

OBLIGACIÓN DE LAS EMPRESAS DE SEGURO DE NOTIFICAR POR ESCRITO A LOS BENEFICIARIOS LOS MOTIVOS POR LOS CUALES RECHAZA LAS COBERTURAS DEL SINIESTRO. 1044

La ley establece que las empresas de seguros no podrán rechazar los siniestros con argumentos genéricos estando obligadas a notificar por escrito dentro del plazo indicado, a sus contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas los motivos que aleguen para considerar un siniestro como no cubierto.

Ha sido criterio reiterado de la Sala que la emisión de respuesta negativa dentro del plazo previsto en la norma pero conformada por argumentos escuetos e insuficientes para explicar el rechazo del pago que se trate, configuraría el tipo de rechazo genérico prohibido en la Ley.

Las empresas de seguros están en la obligación de aclarar en cualquier tiempo las dudas que formule el tomador de una póliza y de pagar la indemnización correspondiente o rechazarla mediante escrito motivado en el lapso legalmente establecido.

Resulta obligatorio para la aseguradora fundamentar de manera expresa las negativas a las solicitudes que le hagan con relación a las pólizas contratadas, no sólo a los efectos de que la Administración pueda determinar si la respuesta negativa cumple con los extremos de ley, sino también para garantizarle la defensa adecuada al beneficiario, beneficiaria o titular de la póliza.

AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA..... 1174

La empresa de seguros no informó adecuadamente ni de modo oportuno al asegurado sobre la respuesta atinente a la declaratoria de pérdida total

del bien, así como tampoco consideró y tomó en cuenta que con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, y antes de emitirse el avalúo de los daños sufridos por parte de la empresa aseguradora, fue suscrita, pagada y aceptada una ampliación de la cobertura, la cual obligaba a la aseguradora a pagar el referido monto.

CAUSA EXTERNA

CAUSA EXTERNA SIN INTENCIONALIDAD DEL ACTOR COMO CONDICIÓN PARA EL PAGO DEL SINIESTRO..... 757

Por hecho externo debe entenderse aquel que es ajeno a la intencionalidad del asegurado; es decir, aquel que no se deriva de actos provenientes de éste, bien sea por culpa o dolo y que en definitiva no constituyen una fórmula o sustento para alegar la eximente de cumplimiento de la obligación de pago de indemnización, en caso de producirse el daño del bien asegurado.

LUCRO CESANTE

LUCRO CESANTE EN EL CONTRATO DE SEGURO. 114

En el caso que se estudia, el juez superior declaró procedente el lucro cesante por considerar que la pérdida de la máquina importada como consecuencia del siniestro ocurrido en el depósito de Almacenadora La Guaira C.A. imposibilitó a la sociedad mercantil accionante a cumplir los objetivos y metas propuestas y proyectadas a futuro en cuanto a la actividad productiva y de comercialización que desempeña con la madera.

LA PRUEBA EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

PRUEBA EN EL SEGURO ¿A QUIÉN CORRESPONDE?. 131

La aseguradora no logró demostrar que el siniestro ocasionado al vehículo del asegurado había ocurrido por causas imputables a este último, situación ésta que no logró enervar la presunción legal establecida en el artículo 560 del Código de Comercio que opera en contra de las empresas de seguros y que determina que el siniestro se presume ocurrido por caso fortuito, siendo carga de la prueba de dichos entes aseguradores demostrar lo contrario.

VALOR PROBATORIO DE LA DECLARACIÓN DEL FISCAL DE TRÁNSITO.....220

No es aplicable la regla de valoración del documento público prevista en el artículo 1.359 del Código de procedimiento Civil, para examinar las declaraciones del fiscal de tránsito que elaboró el reporte de tránsito. En otras palabras, la denuncia en lugar de demostrar cual es el hecho falsamente establecido, se dedica a tratar de demostrar que, a su juicio, hay razones que demostrarían que las declaraciones del funcionario de tránsito no son confiables y a explicar cómo declaraciones del expediente, podían ser interpretadas de otra manera.

PÓLIZA DE SEGURO (PRUEBA).238

La póliza es la prueba idónea para demostrar la existencia del contrato de seguro.

PRUEBA DE LA ENFERMEDAD PREEXISTENTE Y LA NULIDAD DE UNA CLÁUSULA ABUSIVA.....398

La preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o, en su defecto, la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno. Por tal motivo, serán nulas, por abusivas, las cláusulas que dispongan lo contrario.

INEXISTENCIA DEL CONTRATO DE SEGURO.....288

Debe precisarse que la póliza constituye el documento por excelencia que permite comprobar que el daño reclamado se encuentra amparado en un contrato de seguro, válido y eficaz.

Las testimoniales no resultan el medio probatorio idóneo para demostrar la existencia de la obligación que se alega incumplida, siendo que a través de las mismas sólo quedó comprobado que se realizó la notificación del siniestro a la empresa aseguradora, hecho que no aporta elementos de prueba sobre el alcance de las obligaciones entre las partes, lo cual se logra a través del contrato de seguro.

**CARGA DE LA PRUEBA EN LOS PROCEDIMIENTOS SANCIONATORIOS
.....400**

Los particulares son quienes poseen la carga de la prueba ante los procedimientos que se inician y desarrollan en sede administrativa, previa denuncia de sujeto interesado, teniendo la autoridad administrativa, en tales supuestos, sólo la facultad de indagar más a fondo el asunto, en aras obtener elementos o soportes circunstanciales que contribuyan o puedan contribuir en la comprensión y decisión definitiva del caso planteado.

**CARGA DE LA PRUEBA Y LA PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD
.....406**

La empresa no puede limitarse a negar el incumplimiento contractual simplemente alegando la preexistencia enfermedad, por tal motivo, tiene la carga de probar su afirmación de hecho (preexistencia de la enfermedad) que sirve de presupuesto de la norma jurídica que consagra la consecuencia jurídica extintiva o modificativa de su obligación.

Era la empresa prestadora de servicios médicos prepagados quien, al estar

en condiciones por su actividad de disponer de los medios necesarios, debía verificar al tiempo de la celebración del contrato, si el solicitante de sus servicios presentaba alguna limitación, enfermedad o dolencia que implicasen un inconveniente para aceptar la prestación del servicio u ofrecerle otro tipo de plan.

Cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta: en primer término, que ésta es distinta a los plazos de espera; en segundo lugar, debe quedar demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística y; en tercer lugar, como consecuencia de lo anterior, las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazado es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.

CARGA DE LA PRUEBA EN LAS ENFERMEDADES PREEXISTENTES411

La empresa de seguros es quien dispone de los medios para obtener un diagnóstico certero respecto del estado de salud del consumidor y, por lo tanto, no se trata de consagrar la obligación legal de realizar un examen riguroso para todos los eventuales interesados en ingresar al plan de salud, sino de evitar que la falta de diligencia y previsión de la empresa de medicina pre-pagada derive en un perjuicio para el particular.

La empresa no probó que el contratante presentaba antes de la celebración del contrato alguna limitación, enfermedad o dolencia, tal como lo indicó la Administración, es decir, no consignó exámenes médicos practicados con anterioridad a la contratación del servicio de medicina prepaga, o los efectuados al momento en que se diagnosticó la misma, ni los informes levantados por los médicos tratantes o de los médicos que prestan sus servicios profesionales a esa empresa.

No basta el simple alegato de que la condición está prevista en el contrato,

o las estadísticas establecidas en las revistas médicas o criterios médicos, ya que las afirmaciones en este sentido no pueden basarse en suposiciones, pues no constituyen elementos concluyentes de la preexistencia de la enfermedad.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE Y SU DEMOSTRACIÓN.423

Al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato.

Cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de la cobertura del contrato deberá ser asumido íntegramente por la entidad de medicina prepagada.

CARGA PROBATORIA EN LOS CASOS DE PREEXISTENCIA DE ENFERMEDADES..... 584

Correspondería a la empresa cargar con la prueba de que el asociado conocía su afección y que la ocultó dolosamente.

Cuando uno de los litigantes se encuentra en una posición dominante en relación con el material probatorio su deber procesal de colaboración se acentúa al punto de atribuírsele una carga probatoria más rigurosa que a su contraparte.

Las compañías aseguradoras que pretendan alegar la presencia de una enfermedad preexistente como causa de exclusión en las póliza de seguro

o someter al asegurado a plazos de espera para el goce de las coberturas establecidas en las mismas, deberán comprobar con anterioridad a la contratación la situación física del asegurado, dejar predeterminado en la correspondiente póliza las enfermedades diagnosticadas o declaradas por el mismo y, además, demostrar al momento de la ocurrencia del siniestro la relación de causalidad directa entre éste y la enfermedad preexistente diagnosticada y contenida en el contrato.

PRUEBA DE LA ENFERMEDAD PREEXISTENTE. NULIDAD DE UNA CLÁUSULA ABUSIVA. DOLO O CULPA GRAVE.....587

La preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o, en su defecto, la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno. Por tal motivo, será nulas por abusivas, las cláusulas que dispongan lo contrario.

Es de suma importancia a los fines de determinar la existencia de dolo o culpa grave, saber si la persona que rellena la declaración de salud, fue el propio asegurado o un mediador de la compañía aseguradora, toda vez que no habrá lugar a la existencia de los mismos cuando el asegurado se limitó a firmar un cuestionario rellenado por un corredor de seguro.

EXÁMENES MÉDICOS PREVIOS A LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.....998

Las sociedades mercantiles prestadoras de servicios de asistencia médica y las compañías de seguros que pretendan valerse legítimamente de las excepciones de pago estipuladas en las cláusulas de exclusiones de riesgo, deberán someter al solicitante de la cobertura a exámenes médicos previos a la suscripción del contrato.

En ausencia de tales exámenes médicos previos, tanto las prestadoras de servicios de asistencia médica como las aseguradoras, a los fines de

determinar la preexistencia de enfermedades, dispondrán de la declaración efectuada por el solicitante, contenida en la solicitud de afiliación al servicio de asistencia médica o en el contrato de seguro, constituyendo tal declaración una de las obligaciones a cargo del tomador, asegurado o beneficiario de dichos contratos.

Una compañía de seguros que alega la preexistencia de una enfermedad o padecimiento, por una parte, deberá probar tal circunstancia, por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado.

PRESUNCIÓN DE INOCENCIA E INVERSIÓN DE LA CARGA DE LA PRUEBA.590

La violación al derecho a la presunción de inocencia se originará cuando al momento de comenzar la investigación administrativa se trate, se juzgue o se precalifique como culpable a alguna persona sin un debido procedimiento, con observancia de las reglas y cargas probatorias que en virtud del principio bajo análisis son necesarias respetar y asumir.

El hecho de que la Administración tenga la carga de probar los hechos con base a los cuales considera que es procedente la aplicación de la sanción correspondiente, no implica que el administrado no tenga la carga de traer al expediente administrativo, pruebas que permitan evidenciar ante la Administración, la licitud de su actuación.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

CARGA DE LA PRUEBA EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS
.....754

La carga de la prueba implica el deber que tienen las partes de presentar el sustento fáctico de sus pretensiones.

El hecho de que la Administración tenga la carga de probar en el procedimiento que se sustancie los hechos con base a los cuales considera que es procedente la aplicación de la sanción correspondiente, no implica que el administrado no tenga la carga de traer a los autos las pruebas que permitan evidenciar ante la Administración, la licitud de su actuación.

CARGA DE LA PRUEBA EN EL CONTRATO DE SEGURO..... 770

La carga probatoria indica a quien interesa la demostración del hecho en un determinado proceso, pero no significa esto que la parte sobre quien recaiga sea necesariamente la que aporte las pruebas, pues en virtud del principio de comunidad probatoria basta sólo con que la prueba aparezca, independientemente de quién la aduce. Por lo tanto, la parte denunciada, es también interesada en aportar los elementos que estime pertinentes en pro de su defensa, más cuando alega hechos nuevos de los cuales quiera valerse para desvirtuar los alegatos de la otra parte.

La simple afirmación unilateral no resulta suficiente para que un hecho se dé por cierto (salvo que se produzca por confesión); no obstante, si las partes son coincidentes en la afirmación de aquel, se convierte en un hecho no controvertido y por lo tanto exento de prueba.

CARGA DE LA PRUEBA.....843

Las partes tienen la carga de la prueba de los hechos que la favorecen, de allí que el principio de la distribución entre las partes de la prueba se reduce a la fórmula: “las partes tienen la carga de probar sus respectivas afirmaciones de hecho”.

Si al actor le interesa el triunfo de su pretensión deberá probar los hechos que le sirven de fundamento, y si al demandado le interesa destruirlos, como en el caso de autos, tendrá que reducir con su actividad directa en el proceso, el alcance de la pretensión, debiendo probar el hecho que la extingue, que la modifique o que impida su existencia jurídica, es decir, plantea la distribución de la carga de la prueba entre las partes, propia del proceso dispositivo, en el cual el Juez tiene la obligación de decidir conforme a lo alegado y probado por las partes, sin poder sacar elementos de convicción fuera de los autos, ni suplir excepciones ni argumentos de hecho no alegados ni probados.

Resulta un imperativo del propio interés de las partes que conforman dicho procedimiento, demostrar todas sus afirmaciones de hecho e igualmente todas sus defensas, sin que el juez de la causa pueda cumplir con cargas que son exclusivamente atribuciones de las partes, ni mucho menos dar por demostrado un hecho, con pruebas que no resultan de los autos, en este caso del expediente administrativo.

CARGA Y COMUNIDAD PROBATORIA.887

En los procedimientos como el tramitado en el caso de autos, en los que el órgano administrativo autorizado por la ley para sustanciarlos y resolverlos (cuyo único interés es el cumplimiento de la ley en ejercicio de la competencia que le ha sido otorgada y que está obligada a ejercer) decide una controversia entre partes, la carga de la prueba corresponde a éstas, quienes facultativamente están en libertad de aportarla o no, so pena de que la decisión sea adversa a aquélla que estaba en mejores condiciones de probar y, en consecuencia debía suministrar los elementos de convicción necesarios para evitarse consecuencias desfavorables.

La carga de la prueba indica a quién interesa la demostración del hecho en el proceso y debe en consecuencia evitar que ésta falte, pero no significa que la parte sobre quien recaiga sea necesariamente la que la aporte, pues

en virtud del principio de comunidad probatoria basta que la prueba aparezca, independientemente de quién la aduce.

El hecho denunciado contra la empresa aseguradora es la negativa de indemnizar el siniestro reportado por la asegurada, y que en el procedimiento administrativo se constató que la empresa de seguros rechazó el mismo alegando una supuesta desinformación por parte del asegurado de especificar los bienes inmuebles colindantes, información que cabe destacar debió ser levantada por la empresa aseguradora al momento de otorgar la póliza de seguros.

Las actuaciones administrativas formalizadas en el oportuno expediente no tienen la consideración de simple denuncia, sino que son susceptibles de valorarse como prueba en la vía judicial contencioso-administrativa, pudiendo servir para destruir la presunción de inocencia sin necesidad de reiterar en dicha vía la actividad probatoria de cargo practicada en el expediente administrativo.

AJUSTE DE PÉRDIDA (VALOR PROBATORIO EN JUICIO).97

El ajuste de pérdidas sólo puede ser practicado por personas previamente autorizadas por el Ministerio de Hacienda, a través de la Superintendencia de Seguros, de conformidad con lo previsto en los artículos 2 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros y 1º de su Reglamento, la cual requiere la previa demostración de que el solicitante tiene una experiencia mínima de tres años como ajustador de pérdidas auxiliar, o de que ha efectuado estudios sobre la materia o tiene los conocimientos prácticos que, a juicio de la Superintendencia de Seguros, sea suficiente para considerar que está calificado o capacitado profesionalmente en determinados ramos de seguros, de conformidad con lo previsto en el artículo 177 del Reglamento General de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

La Superintendencia de Seguros en dictamen N° 14, proferido en el año 1999, estableció que “...no existen garantías del mérito probatorio que

se le pueda asignar al mencionado ajuste... ya que tales aspectos quedan sujetos a la valoración del juez que conozca del asunto...”.

Conforme ha indicado Devis Echandía, con relación al dictamen de un experto, “...Este dictamen vale como testimonio, en cuanto a la relación de hechos verificados por expertos en el desempeño del encargo privado, siempre que se entienda que debe ser ratificado, con las formalidades legales del testimonio judicial, en el curso del proceso, en cuyo caso tiene valor de testimonio técnico, y en modo alguno le otorga valor probatorio al dictamen extraprocesal...”. (Teoría General de la Prueba Judicial, Tomo 2, 356 a 358).

A criterio de la Sala de Casación Civil, el informe técnico o pericial es documento en sentido amplio, y por esa razón debe ser ratificado en el juicio de conformidad con lo previsto en el artículo 431 del Código de Procedimiento Civil, en cuyo caso la prueba que se forma en el proceso es la testimonial. Por cuanto el informe técnico queda comprendido en el testimonio, respecto del que las partes pueden interrogar y repreguntar, el contenido de éste pasa a integrar la prueba testimonial formada en el proceso, por lo que ambos –informe e interrogatorio- deben ser apreciados de acuerdo con lo previsto en el artículo 508 del Código de Procedimiento Civil.

PRUEBAS PARA LA EXCLUSIÓN DE LA CLÁUSULA MOTÍN, DISTURBIOS LABORALES Y DAÑOS MALICIOSOS POR SAQUEOS EN EL CONTRATO DE SEGURO.....966

La parte demandada reconoce la existencia del siniestro ocurrido el 14 de abril de 2002, por lo que no existen dudas de tal circunstancia; adicionalmente, no logró demostrar la eximente de responsabilidad, por tal motivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 1167 del Código Civil, le correspondía a la aseguradora dar cumplimiento a la póliza de seguro vigente, emitida por SEGUROS NUEVO MUNDO, S.A., con respecto al siniestro plenamente identificado en autos.

Los disturbios populares generaron la sustracción y destrucción de todos los bienes propiedad de las empresas aseguradas. Cuando el Juez Superior señala que los bienes fueron destruidos en su totalidad, no queda duda que solo puede conducir al pago total de la cobertura de la póliza.

EXPERTICIA EN EL SEGURO (VALOR PROBATORIO).993

A los fines de la cuantificación de los daños ocasionados en el siniestro producido, se declararon legalmente válidas las experticias consignadas, dándole valor probatorio según el artículo 1.427 del Código Civil, pues los expertos tomaron en cuenta la circunstancia de los dos (2) años de ocurrencia del siniestro, alegado por la aseguradora.

PRUEBA (COPIA SIMPLE).....1033

Las copias fotográficas, fotostáticas o reproducidas por cualquier medio mecánico se reputarán como fidedignas siempre y cuando: a) se trate de copias de documentos públicos o privados reconocidos (no simplemente privados); b) sean producidas con la demanda, su contestación o en el lapso de promoción de pruebas, o que cuenten con la aceptación expresa de la contraparte, si son producidas en un momento distinto a los anteriores; c) no sean impugnadas por la contraparte en los lapsos señalados en la norma; y d) sean legibles.

DOCUMENTO ADMINISTRATIVO (VALOR PROBATORIO).1056

Los documentos administrativos conforman una tercera categoría dentro del género de la prueba documental, y su especialidad radica, esencialmente, en que éstos exhiben una presunción de legitimidad, autenticidad y veracidad; sin embargo, tal presunción admite prueba en contrario.

Son documentos administrativos los emanados de los funcionarios públicos en el ejercicio de sus competencias específicas, los cuales constituyen una especie de la prueba documental que, por referirse a actos adminis-

trativos de diversa índole, su contenido tiene el valor de una presunción respecto a su veracidad y legitimidad.

La constancia emanada de la Dirección de Tránsito Terrestre se trata de un documento administrativo, razón por la cual ha debido la parte actora tacharlo o desconocerlo o presentar las pruebas que lo desvirtúen, pues este tipo de documentos, -dada su naturaleza- deben considerarse ciertos, salvo prueba en contrario.

INFORME MÉDICO.....1200

Si bien un informe médico señalaba que el denunciante sufría de dislipidemia, hiperuricemia, enfermedad renal crónica, cirugía de la columna, quiste renal crónico, esteatosis hepática moderada, condiciones que no fueron declaradas por el asegurado en la oportunidad de firmar la solicitud de seguro, pero, según la Sala, fueron analizados otros informes médicos, siendo una potestad de la Administración otorgarle o darle mayor valor a uno u otro documento en caso de ser contradictorios.

DOCUMENTO PÚBLICO EXTRANJERO. LA APOSTILLA Y SU VALOR PROBATORIO EN EL CONTRATO DE SEGURO.1203

La Convención para la Abolición de Legalización de Documentos Públicos Extranjeros a que se ha hecho alusión elimina la exigencia del trámite diplomático o consular para establecer su autenticidad, disponiendo como única medida de control la imposición de un sello o estampilla por el país donde se elaboró el documento, denominado apostilla.

DECLINATORIA DE LA RESPONSABILIDAD EN EL CONTRATO DE SEGURO Y LOS VICIOS INTERNOS EN EL BIEN ASEGURADO....1343

La prueba por excelencia de este tipo de seguros, a saber, de vehículos terrestres, es justamente el peritaje de expertos que inspeccionan los daños de los automóviles para determinar los montos de los reparos, los

perjuicios y deterioros ocasionados y demás elementos relacionados con la cobertura de las pólizas.

ACTA POLICIAL. DOCUMENTO PÚBLICO ADMINISTRATIVO.....1426

El acta policial configura un documento público administrativo por emanar de un funcionario público autorizado, en el ejercicio de sus funciones y, por ello, goza de una presunción general de veracidad en cuanto a su forma, sus otorgantes, su contenido, la fecha y lugar de realización y en cuanto a los oficiales que la validan.

VALOR PROBATORIO DE LA CARTA MISIVA EN EL PAGO DEL SINIESTRO1432

Las cartas misivas pueden hacerse valer como un medio de prueba cuando cuenten con el consentimiento del remitente, así como del destinatario para su presentación en juicio, o que sea dirigida por una de las partes a la otra, siempre que contenga información acerca de alguna obligación; y su valor probatorio será de acuerdo con las reglas establecidas en la ley respecto a los instrumentos privados.

INDICIOS Y SU APRECIACIÓN EN EL PAGO DEL SINIESTRO.1437

La recurrida cumplió con los principios jurídicos necesarios en la construcción de su apreciación, a saber: i) los hechos considerados como indicios están comprobados, pues cada uno emana de un medio probatorio analizado y valorado; ii) todas las comprobaciones constan en autos a través de las pruebas que los soportan y; iii) le atribuyó valor probatorio a más de un indicio.

En la aritmética procesal, los indicios son quebrados: aislados, poco o nada valen; pero sumados, forman, y en ocasiones exceden, la unidad probatoria plena, pues la característica de los indicios es que ninguno por sí solo ofrece plena prueba; ellos deben apreciarse en conjunto; su

eficacia probatoria debe contemplarse con la suma de todos los que den por probados los jueces y no con algunos aisladamente.

SILENCIO DE PRUEBRAS EN EL INFORME ENVIADO POR LA EMPRESA DETEKTOR CONTENTIVO DEL ANÁLISIS DEL MAPA DEL GPS.....1472

La Sala observa que la juez superior objetivamente expresó la valoración que tiene la prueba del informe dado por la empresa Detektor, ya que del análisis de mapas GPS, realizado al vehículo no se obtuvo información del dispositivo RF para las horas en las que ocurrió el siniestro, por lo cual se observa que el juzgado de alzada si valoro el informe enviado por la empresa Detektor, en su totalidad.

VALOR PROBATORIO DE LAS FACTURAS E INFORMES MÉDICOS EMANADAS DE TERCEROS PARA EL PAGO DEL SINIESTRO..... 1500

En este tipo sui generis de juicios de cumplimiento de contrato de seguros, cabe advertir, que las facturas e informes médicos emanados de terceros, son intrínsecas al seguro, sin ellas no existe ni reclamación, ni aprobación de la compañía de seguros para indemnizar o excusarse, porque en ellas se basa la materia de seguros, por lo que, aunque emanan de terceros deben ser valoradas de conformidad con la sana crítica y en materia de seguros y no pueden ser desechadas como lo plantea la parte recurrente.

SUBROGACIÓN DE DERECHOS

SUBROGACIÓN DE LOS DERECHOS DE LA ASEGURADORA CONTRA TERCEROS CAUSANTES DEL DAÑO.203

Pese a que el sentenciador señaló que “la práctica reiterada de las empresas de seguro de exonerarse de responsabilidad y no pagar la indemnización correspondiente después del pago de la prima, alegando derechos de subrogación y/o aplicando cláusulas contractuales impuestas al tomador, conducta que no se corresponde con la buena fe que caracteriza al con-

trato de seguros”, tal afirmación es una respuesta suficiente, aun cuando exigua.

ABANDONO DEL BIEN ASEGURADO

ABANDONO DEL BIEN ASEGURADO Y SU APLICABILIDAD.....209

La regla general es que la institución del abandono no es aplicable al seguro terrestre, como sí ocurre en la póliza de automóviles. De igual forma, si no existe una estipulación en la póliza, las normas que regulan el abandono en el Código de Comercio no le resultan aplicables.

En los seguros terrestres se puede pactar el abandono de las cosas aseguradas, por disposición del artículo 573 del Código de Comercio, el cual dispone que: “El abandono consiste en una declaración que permite al asegurado, en determinados casos previstos por la ley, exigir del asegurador la totalidad de la suma asegurada, a cambio de transferirle sus derechos sobre las cosas objeto de seguro. Esta transmisión recibe el nombre de abandono”.

La obligación del asegurado de traspasar la propiedad del bien asegurado, nace al recibir la indemnización (do ut des).

PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD

PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD.269

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora no sancionó a la empresa de seguro por la emisión de la carta aval, sino por no haber demostrado fehacientemente lo que la motivó para solicitar el reintegro de la cantidad pagada al centro hospitalario, por supuestamente padecer la asegurada una enfermedad preexistente.

La empresa aseguradora no desvirtuó la presunción contenida en el artículo 560 del Código de Comercio, conforme al cual: “El siniestro se presume ocurrido por caso fortuito; pero el asegurador puede probar que ha ocurrido por causa que no le constituye responsable según la convención o la ley”. En ese sentido, la aseguradora no demostró haber realizado algún estudio o examen directamente a la paciente a fin de determinar el tiempo de formación de los cálculos biliares para concluir con certeza que la enfermedad padecida tenía el carácter de preexistente.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES.....382

Las enfermedades o padecimientos que no sean ni conocidos ni declarados por el contratante y que no se puedan diagnosticar sobre bases científicas sólidas constituye una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, pues, su contenido favorece especialmente a la empresa, contraviniendo el trato equitativo, digno y el debido respeto a los principios de justicia, orden público y buena fe que debe privar en todo contrato.

La enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad, en tal sentido, se reitera, al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán éstas compañías alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato.

Cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de la cobertura del contrato deberá ser asumido

íntegramente por la entidad de medicina prepagada; en consecuencia, el rechazo a prestar los servicios al usuario sin más justificación legal que los derechos inherentes a la empresa puede provocar una violación al derecho fundamental a la salud, a la vida, al libre desarrollo de la personalidad y podría llegar a impedir el deber constitucional y legal que tiene toda persona de procurar el cuidado de su salud.

Cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta: en primer término, que ésta es distinta a los plazos de espera; en segundo lugar, debe quedar demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística, y en tercer lugar, como consecuencia de lo anterior, las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazados es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.

PREEXISTENCIA CONOCIDA O NO.....390

Un Tribunal español en 1989 dispuso que: ‘El concepto de ‘preexistencia conocida o no’ es de una latitud tal que podría involucrar enfermedades pretéritas curadas, otras desconocidas, enfermedades con sintomatología anterior a la incorporación que vinieron a evolucionar después en sus exteriorizaciones. Generalmente, el origen de las patologías es muy anterior en la mayoría de los casos, salvo accidente, y como las enfermedades tienen un curso prolongado, hasta genético a veces, serían muy poco los asociados admisibles. De ahí que el alcance de la cláusula no debe determinarse en forma tal que perjudique a la parte que no la predispuso.

Recae sobre la empresa aseguradora -por estar en mejores condiciones técnicas que el paciente- la función de investigar y determinar la pre-existencia de una enfermedad, a través de los exámenes médicos, chequeos y demás análisis que estime pertinente, siendo improcedente la liberación de tal responsabilidad amparándose en cláusulas limitativas de responsabilidad, que: i) establezcan definiciones genéricas; ii) cláusulas en las

que la compañía se reserva la demostración de la preexistencia de enfermedad o que la misma es congénita; iii) cláusulas en las cuales la empresa se irroga la potestad de excluir cualquier enfermedad que considere preexistente o congénita; iv) cláusulas en las que se excluye al asegurado por enfermedades no conocidas por éste, ni médicamente diagnosticadas. Máxima: no actúa de mala fe quien no contesta lo que no se le pregunta. No actúa de mala fe quien no contesta lo que no se le pregunta.

Para que las compañías aseguradoras eviten tener que cubrir la contingencia del asegurado, la única posibilidad es haberlo sometido a un examen médico antes de suscribir el contrato, si no lo hizo o lo hizo, pero no se llegó a descubrir esa enfermedad, deberán éstas aceptar el riesgo.

Los requisitos indispensables para que las compañías aseguradoras puedan alegar la preexistencia como causa excluyente de la obligación de indemnizar, son los siguientes: i) deberán establecer con anterioridad a la suscripción de la póliza las enfermedades preexistentes o que las mismas son congénitas, a través de la realización de los exámenes médicos pertinentes o la declaración que haga el tomador de la póliza, todo lo cual deberá quedar determinado en el correspondiente contrato de seguro, siendo éstas enfermedades previstas en el contrato las únicas que podrán ser excluidas de la cobertura de la póliza; ii) deberá existir una relación de causalidad directa entre la enfermedad preexistente diagnosticada y el siniestro sufrido por el asegurado; iii) sólo se dará lugar a la liberación del asegurador por la declaración u omisión de mala fe del tomador del seguro al momento de suscribir el contrato de seguro, siempre que esa declaración u omisión se deba a dolo o culpa grave del asegurado o beneficiario.

Los requisitos indispensables para que las compañías aseguradoras puedan alegar la preexistencia como causa excluyente de la obligación de indemnizar, son los siguientes: i) deberán establecer con anterioridad a la suscripción de la póliza las enfermedades preexistentes o que las mismas son congénitas, a través de la realización de los exámenes médicos per-

tinentes o la declaración que haga el tomador de la póliza, todo lo cual deberá quedar determinado en el correspondiente contrato de seguro, siendo éstas enfermedades previstas en el contrato las únicas que podrán ser excluidas de la cobertura de la póliza; ii) deberá existir una relación de causalidad directa entre la enfermedad preexistente diagnosticada y el siniestro sufrido por el asegurado; iii) sólo se dará lugar a la liberación del asegurador por la declaración u omisión de mala fe del tomador del seguro al momento de suscribir el contrato de seguro, siempre que esa declaración u omisión se deba a dolo o culpa grave del asegurado o beneficiario.

PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD. CLÁUSULA GENÉRICA PUDIERA SER CONOCIDA O NO.....680

La expresión “preexistencia” pudiera ser “conocida o no” por el usuario, atiende a ilimitadas situaciones que pueden encuadrar dentro de tal supuesto, lo que implica una estipulación contractual genérica que carece de certeza.

PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD.579

Un Tribunal español en 1989 dispuso que: ‘El concepto de ‘preexistencia conocida o no’ es de una latitud tal que podría involucrar enfermedades pretéritas curadas, otras desconocidas, enfermedades con sintomatología anterior a la incorporación que vinieron a evolucionar después en sus exteriorizaciones. Generalmente, el origen de las patologías es muy anterior en la mayoría de los casos, salvo accidente, y como las enfermedades tienen un curso prolongado, hasta genético a veces, serían muy poco los asociados admisibles. De ahí que el alcance de la cláusula no debe determinarse en forma tal que perjudique a la parte que no la predispuso.

Recae sobre la empresa aseguradora -por ser esta última la que está en mejores condiciones técnicas que el paciente- la función de investigar y determinar la preexistencia de una enfermedad, a través de los exámenes

médicos, chequeos y demás análisis que estime pertinente, siendo improcedente la liberación de tal responsabilidad amparándose en cláusulas limitativas de responsabilidad, que: i) establezcan definiciones genéricas; ii) cláusulas en las que la compañía se reserva la demostración de la preexistencia de enfermedad o que la misma es congénita; iii) cláusulas en las cuales la empresa se irroga la potestad de excluir cualquier enfermedad que considere preexistente o congénita; iv) cláusulas en las que se excluye al asegurado por enfermedades no conocidas por éste, ni médicamente diagnosticadas.

No actúa de mala fe quien no contesta lo que no se le pregunta.

Para que las compañías aseguradoras eviten tener que cubrir la contingencia del asegurado, la única posibilidad es haberlo sometido a un examen médico antes de suscribir el contrato, si no lo hizo, o lo hizo pero no se llegó a descubrir esa enfermedad, deberán éstas aceptar el riesgo.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (A.C.V.) EN EL CONTRATO DE SEGURO.723

En el informe médico referido por la aseguradora, pese a que el profesional de la medicina manifestó que la asegurada es conocida porque desde hace cuatro (4) años padece de hipertensión arterial severa, obesidad grado II y síndrome metabólico, ello no implicó que hayan sido la causa de la emergencia padecida por ella, así como tampoco consta en autos alguna otra prueba al respecto.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE (TENDINITIS CÁLCICA).656

Si una empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente, por una parte, deberá probar tal circunstancia por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados por la empresa y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que

la enfermedad era conocida por el asegurado.

EXÁMENES MÉDICOS PREVIOS AL CONTRATO DE SEGURO.....662

La enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato y manifestarse con posterioridad; por lo tanto, las empresas prestadoras de estos servicios de asistencia médica no podrán alegar la preexistencia de alguna enfermedad para desamparar o excluir de los servicios que prestan a los usuarios que han contratado los servicios, si al momento de la suscripción del contrato no han dejado constancia expresa de tales padecimientos a través de los exámenes médicos previos, científicamente pertinentes.

RECHAZO DE LA COBERTURA EN EL CONTRATO DE SEGURO672

Si una empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente, por una parte, deberá probar tal circunstancia por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados por la empresa y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado.

PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD COMO CAUSA DE EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA. 729

Se considera preexistencia toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas.

El hecho de que las enfermedades o padecimientos no sean conocidos ni declarados por el contratante, constituye una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos.

La enfermedad puede existir con anterioridad a la celebración del contrato pero manifestarse con posterioridad; en tal sentido, se reitera, al momento de la celebración del contrato, las compañías de medicina prepagada deben dejar expresa constancia de las enfermedades y padecimientos que sufran los usuarios y que por ser preexistentes no serán amparadas, por lo que incumbe a las empresas realizar los exámenes pertinentes a los fines de descartar la existencia o no de las posibles enfermedades que pudiese sufrir el usuario, y en caso de la omisión por desconocimiento o ignorancia, no podrán alegar la preexistencia, a los fines de la exclusión de los servicios por los cuales se suscribió el contrato.

Cuando la empresa de seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la empresa de seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

Cuando las empresas aleguen la preexistencia como causa de exclusión de su responsabilidad deben tomar en cuenta, en primer término, que ésta es distinta a los plazos de espera; en segundo lugar, debe quedar demostrado que efectivamente se trata de un supuesto de preexistencia, y no una simple suposición o estadística y; en tercer lugar, como consecuencia de lo anterior, las empresas de seguros deben probar que efectivamente el siniestro rechazado es de los que se enmarca en el supuesto de preexistencia a que se refiere la póliza de hospitalización, cirugía y maternidad.

PREEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD COMO CAUSA DE EXCLUSIÓN DE LA PÓLIZA. 735

Correspondería a la empresa cargar con la prueba de que el asociado conocía su afección y que la ocultó dolosamente. No todo ocultamiento puede ser considerado como doloso ya que puede ocurrir que éste se deba a la carencia de conocimientos médicos de una persona profana en

esa materia. No puede exigirse al hombre común que relacione el malestar que lo aqueja o aquejó en algún momento con los síntomas y signos propios de alguna enfermedad. Distinto es el caso cuando las particulares circunstancias de la afección hacen que sea imposible su desconocimiento por parte del paciente. Cuando uno de los litigantes se encuentra en una posición dominante en relación con el material probatorio su deber procesal de colaboración se acentúa al punto de atribuírsele una carga probatoria más rigurosa que a su contraparte.

Las compañías aseguradoras que pretendan alegar la existencia de una enfermedad preexistente como causa de exclusión en las pólizas de seguro o someter al asegurado a plazos de espera para el goce de las coberturas establecidas en las mismas, deberán comprobar con anterioridad a la contratación la situación física del asegurado, dejar predeterminado en la correspondiente póliza las enfermedades diagnosticadas o declaradas por el mismo, y además demostrar al momento de la ocurrencia del siniestro la relación de causalidad directa entre éste y la enfermedad preexistente diagnosticada y contenida en el contrato.

Resulta abusiva aquella cláusula que englobe como preexistente una universalidad de enfermedades no diagnosticadas ni declaradas al momento de la suscripción del contrato de seguro como lo hizo la aseguradora, más aún cuando el asegurado no tiene conocimiento alguno de tales enfermedades y la compañía aseguradora no realizó los exámenes médicos pertinentes para diagnosticar cuáles enfermedades preexistentes padecía el usuario o sus beneficiarios.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE..... 1030

Se entiende por enfermedad preexistente un padecimiento cuya existencia pueda comprobarse antes de la celebración del contrato, siempre y cuando sea conocido por el beneficiario. Cuando se alegue tal preexistencia esta deberá ser probada, por lo cual el asegurado se encontrará en la obligación de someterse a los exámenes médicos necesarios para tales fines.

Si una empresa de seguros arguye una enfermedad preexistente del asegurado, deberá probar tal circunstancia, por lo cual el asegurado está obligado a someterse a los exámenes que le sean solicitados por la empresa y, en caso de duda, se considerará que la enfermedad no es preexistente; pero, en caso de probarlo, adicionalmente la aseguradora deberá demostrar que la enfermedad era conocida por el asegurado.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SUS CARACTERÍSTICAS.....825

El significado de los siguientes términos: habitual, permanente y recidiva son características con las que la recurrente identifica las “afecciones crónicas”. La real academia las define de la siguiente manera: Habitual: “Que se hace, padece o posee con continuación o por habito. Permanente: “Que permanece” Recidiva: “Reaparición de una enfermedad algún tiempo después de padecida”.

De las nociones “habitual” y “permanente” solo puede establecerse que se trata de un padecimiento en el que el factor temporal se incorpora como un elemento esencial. Sin embargo, no hay forma de deducir cuánto tiempo ha de transcurrir para concluir que determinada enfermedad sea identificada dentro de dichos supuestos y por ende (según el contrato), una “afección crónica”. Por otra parte, y en lo que se refiere a la definición de la palabra “recidiva” tampoco puede colegirse, cuánto tiempo debe ser computado para considerar que determinado padecimiento de salud corresponde identificarlo en esa categoría.

EL CONTRATO DE SEGURO (ALZHEIMER).....828

Como se observa, si bien el referido informe relaciona “infección de las vías respiratorias por incapacidad en el manejo de las secreciones” con la enfermedad de Alzheimer, la cual a su vez es identificada como irreversible

y por ende como una afección crónica, no se aprecia que dicho estudio hubiere sido efectuado respecto a la paciente que solicitó el servicio de “Terapia Respiratoria a Domicilio”. Se trata del señalamiento de diferentes consideraciones generales sobre un padecimiento de salud y del que resulta imposible verificar (al no tratarse de los resultados obtenidos luego del examen de un paciente), si en efecto la referida “Terapia Respiratoria a Domicilio” requerida en el caso, atendió a la afección crónica presuntamente padecida por quien la solicitó.

Respecto al supuesto de exoneración de responsabilidad de la recurrente, relativo al hecho de que la “enfermedad permanezca por más de seis (6) meses consecutivos”, aprecia la Sala que de la mencionada estipulación contractual no se infiere el modo de constatar que dicho lapso transcurrió sin interrupciones, es decir que el paciente estuvo enfermo todos y cada uno de los días que integran el señalado período. Lo cual adquiere relevancia en el caso, toda vez que la paciente se encontraba en su domicilio.

CONTRATOS DE ADHESIÓN

CONTRATOS DE ADHESIÓN Y LAS POLIZAS DE SEGURO.370

El contrato de adhesión es aquel cuyas cláusulas hayan sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios sin que el consumidor pudiera discutir o modificar su contenido.

Las pólizas de seguro constituyen un auténtico contrato de adhesión, en el cual queda excluida cualquier posibilidad de debate o dialéctica entre las partes, pues sus cláusulas son previamente determinadas por el asegurador, de modo que el asegurado se limita a aceptar cuanto ha sido establecido por el primero.

Se ha afirmado que el contrato de adhesión por ser la obra de una parte que goza de un monopolio económico de hecho —grandes bancos, com-

pañías de seguros— o de derecho —servicios públicos concedidos— la aceptación más bien debe ser entendida como forzada, por cuanto no existe la posibilidad de discutir el contenido de la convención “la libertad jurídica llega a ser una mentira y hay, en realidad, un constreñimiento que la sustituye”. (Vid. Kummerow Gert, Ob. Cit. Pág. 75). Es por esto que, frente a tales realidades, debe considerarse reforzada la especial tutela que deben brindarse a los consumidores o usuarios que contratan la adquisición de bienes o servicios formalizados por medio de este tipo de contratación, a los fines de proteger sus derechos, en el entendido que, podrían resultar contrarios a la buena fe y a las buenas costumbres o constituir un abuso de derecho.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA Y CONTRATO DE ADHESIÓN
.....416

El contrato de servicio de medicina prepagada reúne las características de ser bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil y surge al mundo jurídico como un contrato de adhesión, según el cual las partes contratantes se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de las partes en los términos aprobados por el organismo de intervención estatal y sobre las cuales la otra expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto.

Los contratos de medicina prepagada suelen ser celebrados por adhesión o cláusulas predispuestas, por lo cual, y en la misma línea argumental, se puede concluir que se caracterizan por ser de adhesión, de consumo y de larga duración.

El consumidor si quiere recibir el servicio no tiene otra posibilidad que adherirse al contrato redactado por la empresa proveedora de medicina pre-pagada.

CONTRATOS DE ADHESIÓN.418

La doctrina ha señalado, que el contrato de adhesión ha representado siempre un caso típico de imposición de una voluntad sobre otra; de predominio del económicamente poderoso sobre el débil jurídico constreñido a aceptar las cláusulas más onerosas para alcanzar, como contraprestación, un bien o un servicio indispensable para su subsistencia.

En los contratos de adhesión debe tenerse en consideración que el parámetro que define el desequilibrio entre las partes no es la desigualdad económica, sino que hay que orientarlo hacia la superioridad funcional que ostenta el oferente del contrato, de manera que es la inexistencia de negociación individual, unida a un funcionamiento defectuoso del mercado, lo que permite al proponente disfrutar de unos términos más favorables en sus relaciones con el adherente, por lo que, las exoneraciones de responsabilidad, o las condiciones que pretendan ser impuestas a los consumidores en detrimento de sus derechos, deben ser consideradas, entonces, como verdaderas cláusulas abusivas, que en la legislación que protege al consumidor y al usuario están sancionadas con nulidad.

CONTRATOS DE ADHESIÓN.559

El contrato de adhesión es aquel cuyas cláusulas hayan sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios sin que el consumidor pudiera discutir o modificar su contenido.

La póliza de seguro es necesariamente un contrato de adhesión, pues su articulado es aprobado previamente por la Superintendencia de Seguros, conforme lo establecen los artículos 66 y 67 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, sin la intervención de la otra parte, esto es, el asegurado.

CLÁUSULA CONTRACTUAL EXIMENTE DE RESPONSABILIDAD DE PAGO DE SINIESTRO.....605

Independientemente que el color que aparece en el título de propiedad del vehículo no coincida con el de la póliza, se trata del mismo vehículo declarado como hurtado, conforme a los seriales y placa verificados por la autoridad administrativa sancionante según la documentación existente y que era el que efectivamente estaba asegurado, de manera que la actuación de la sociedad mercantil Seguros Banvalor, C.A., de supeditar el pago de la indemnización a la exigencia de una constancia de cambio de color, cuando no cabe duda alguna que se trata del mismo vehículo y querer atribuir a la ciudadana Soyiner Fernández una falta de diligencia y, por tal motivo no proceder al pago de la indemnización que le corresponde, resulta contrario evidentemente a los principios que exige la derogada Ley de Protección al Consumidor y al Usuario, de cumplir con la condiciones de prestar un servicio de forma continua regular y eficiente.

Supeditar el pago de la indemnización que le corresponde hasta tanto consigne la constancia del cambio de color, obviamente va en detrimento de los derechos de la prenombrada ciudadana, quien constituye el débil jurídico en la presente relación, dado que existe una evidente desigualdad económico-social en virtud de la cual no hay discusión ni negociación, sino mera adhesión.

Siendo esto así, la sociedad mercantil Seguros Banvalor, C.A., no podía eximirse de la obligación de indemnizar a la ciudadana Soyiner Fernández por el hurto del vehículo de su propiedad, imputando ello a la falta de presentar la constancia de cambio de color del vehículo, más aun cuando al momento de contratar la póliza de seguro dicha constancia no le fue solicitada.

CONTRATO DE SEGURO, CONTRATO DE ADHESIÓN O PRO-FORMA653

En los contratos de adhesión sólo una de las partes interviene en la elaboración de las cláusulas, es decir, el proveedor de los bienes o servicios,

quedando el consumidor sólo con la posibilidad de manifestar su voluntad de acogerlas o no.

Los contratos “pro forma” son aquellos que tienen un formato único pre-establecido, para cuya elaboración sólo interviene una de las partes contratantes, es decir, el proveedor de un bien o servicio, por lo que no se contempla la posibilidad de que el beneficiario pueda negociar la modificación de alguna de sus cláusulas; en tal virtud, este tipo de contratos no guarda diferencia alguna con los contratos de adhesión.

PÓLIZA FAMILIAR NO ES UN CONTRATO PRO FORMA.....677

Los contratos pro forma son aquellos que tienen un formato único pre-establecido, para cuya elaboración sólo interviene una de las partes contratantes, es decir, el proveedor de un bien o servicio, por lo que no se contempla la posibilidad de que el beneficiario pueda negociar la modificación de alguna de sus cláusulas; en tal virtud, este tipo de contratos no guarda diferencia alguna con los contratos de adhesión.

El contrato familiar de servicios de asistencia médica suscrito entre el afiliado y SANITAS se configura como un contrato de adhesión en el que, para su formación, no interviene en ningún momento la voluntad del asegurado.

CONTRATOS DE ADHESIÓN O CONTRATOS PROFORMA..... 783

Los contratos pro forma son aquellos que tienen un formato único pre-establecido, para cuya elaboración sólo interviene una de las partes contratantes, es decir, el proveedor de un bien o servicio, por lo que no se contempla la posibilidad de que el beneficiario pueda negociar la modificación de alguna de sus cláusulas; en tal virtud, este tipo de contratos no guarda diferencia alguna con los contratos de adhesión.

CONTRATO DE ADHESIÓN Y LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS.....867

Se entenderá como contrato de adhesión aquel cuyas cláusulas han sido aprobadas por la autoridad competente o establecidas unilateralmente por el proveedor de bienes o servicios, sin que el consumidor pueda discutir o modificar substancialmente su contenido al momento de contratar. La inserción de otras cláusulas en el contrato no altera la naturaleza descrita de contrato de adhesión.

Las cláusulas de adhesión son previamente redactadas y no han sido objeto de negociación por separado, sino impuestas al consumidor que no ha podido influir en su contenido y al que le causan un desequilibrio importante en sus derechos y obligaciones; o bien implica una ejecución del contrato significativamente diferente de lo que de éste pudiera legítimamente esperarse.

El legislador ha sido consecuente con la idea de que los usuarios o consumidores de determinado servicio y específicamente los contratantes de los planes de seguro, deban tener exacto conocimiento, antes de suscribir el contrato respectivo, del alcance de la cobertura contratada, de lo que sigue que resulte abusivo que se redacte una cláusula que exonere a la compañía que presta el servicio de su deber de responder, con base a un supuesto que no fue expresamente declarado antes de suscribir el contrato, o bien en el desarrollo de su ejecución.

Es deber de la empresa aseguradora que está suscribiendo una póliza de seguros para industria y comercio verificar las condiciones que intrínsecamente envuelven el inmueble susceptible de seguro y asumir su cobertura con compromiso para el asegurado quien ha depositado en la empresa de seguros no sólo un monto dinerario sino también la confianza en que su inmueble cuenta con el respaldo o la protección de su garante.

CLÁUSULAS DE ADHESIÓN (CONTROL).875

Se pueden establecer tres (3) momentos diferentes en la tarea de hacer

efectivo el control concreto del clausulado de un contrato de adhesión: el control de incorporación, el de interpretación y el de contenido de la cláusula.

La función primordial del control de incorporación es hacerle saber de la existencia de condiciones aplicables al contrato y permitirle disponer de ellas durante la vida del mismo para que adapte su conducta. Para que unas cláusulas queden incorporadas al contrato válidamente han de estar redactadas con un mínimo de comprensibilidad y legibilidad.

Con respecto al control de contenido, las cláusulas que hayan quedado válidamente incorporadas al contrato sólo son válidas si no se consideran como cláusulas abusivas, por ejemplo, aquellas que hagan responsable al consumidor o al usuario por deficiencias, omisiones o errores del proveedor.

El operador jurídico ha de analizar cada caso en concreto y, en especial, las siguientes circunstancias: en primer lugar, cuál sería la regulación aplicable al contrato en caso de no existir la cláusula, es decir, la que resultaría de la aplicación del derecho dispositivo, de los usos o de una valoración equilibrada de los intereses de ambos contratantes. En segundo lugar, comparar dicha regulación con la que resulta de la aplicación de la cláusula. Si existe una discrepancia entre ambas y tal discrepancia no está justificada por circunstancias generales (relativas al tipo de contrato celebrado) o particulares (relativas al contrato concreto), habrá de concluirse que la cláusula es abusiva y, por tanto, nula. Por tanto, buena fe significa conformidad de la cláusula con el reparto de riesgos recogido en el Derecho positivo o, a falta de éste, con el que resulta de una valoración equilibrada de los intereses de ambas partes.

Véase también: 893.

CLÁUSULAS ABUSIVAS

CLÁUSULAS ABUSIVAS.....770

Se consideran cláusulas abusivas todas las cláusulas o condiciones de los contratos predispuestos que atribuyan al predisponente, derechos y facultades exorbitantes o introduzcan limitaciones o restricciones en los derechos y facultades de los adherentes. Igualmente, serán abusivas las cláusulas que supriman o reduzcan las obligaciones y responsabilidades del predisponente o cuando aumenten las obligaciones y cargas del adherente, trayendo como consecuencia una desnaturalización o desequilibrio en la relación jurídica creada por el contrato.

La Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo estableció una lista de las cláusulas abusivas más comunes en el ordenamiento jurídico, siguiendo a Luis Díez-Picazo, entre las cuales se destacan: i) atribución al predisponente o elaborador del contrato, de derechos y facultades exorbitantes, dentro de este subgénero se pueden mencionar; ii) la exclusión o limitación inadecuada de los derechos del consumidor; iii) la limitación de obligaciones del predisponente. Es seguramente, el caso típico de cláusula abusiva y comprende todos aquellos supuestos en que exonera al predisponente la responsabilidad por incumplimiento o por cumplimiento defectuoso, de cualquiera de sus obligaciones; iv) la imposición a los adherentes de obligaciones o de cargas que resulten exorbitantes o desproporcionadas.

RIESGOS EN MATERIA DE SALUD Y LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS.....562

Las cláusulas abusivas o limitativas de los derechos del asegurado son todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, causen en perjuicio del asegurado, un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes que se deriven del contrato.

El derecho a la salud según la doctrina sanitaria de la Organización Mundial de la Salud es como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o de enfermedades. En materia de seguros serían catalogadas como cláusulas abusivas a los derechos del asegurado, aquellas que restrinjan o excluyan algún derecho que, en principio, correspondería al asegurado, o que le impongan una obligación que de otra forma no tendría. Así pues, cualquier alteración de la normal distribución de derechos y obligaciones en perjuicio del adherente habrá de estimarse abusiva por venir impuesta por el predisponente en detrimento del usuario, que por imperativo de la buena fe y la equidad debe redactar el contrato en los términos que en este caso el asegurado pueda esperar, es decir, en la misma forma que resultaría de una composición negociada.

Conforme la doctrina española la definición abstracta de las cláusulas abusivas no resulta fácil de hacer, no obstante parte de las siguientes ideas: i) desviación del modo de la buena fe contractual, entendida ésta como fuente de integración del contenido contractual y por tanto, como una fuente de producción de derechos y facultades o de obligaciones o cargas de las partes; y ii) el detrimento o perjuicio del adherente y la de desequilibrio, de tal modo que en el primer sentido las cláusulas serán abusivas si atribuyen al proponente los derechos y facultades de carácter exorbitante, o si introducen limitaciones o restricciones en los derechos y facultades del adherente, y en el segundo campo, las cláusulas serán abusivas cuando supriman o reduzcan obligaciones del predisponente y cuando aumente las cargas y obligaciones del adherente.

En materia de seguros serían catalogadas como cláusulas abusivas a los derechos del asegurado, aquellas que restrinjan o excluyan algún derecho que, en principio, correspondería al asegurado, o que le impongan una obligación que de otra forma no tendría. Así pues, cualquier alteración de la normal distribución de derechos y obligaciones en perjuicio del adherente habrá de estimarse abusiva por venir impuesta por el predisponente

en detrimento del usuario, que por imperativo de la buena fe y la equidad debe redactar el contrato en los términos que en este caso el asegurado pueda esperar, es decir, en la misma forma que resultaría de una composición negociada.

CLÁUSULAS ABUSIVAS EN EL CONTRATO DE SEGURO Y LA PROTECCIÓN DEL ESTADO A LOS CONTRATANTES DE PÓLIZAS DE SEGUROS374

Las cláusulas abusivas o limitativas de los derechos del asegurado son todas aquellas estipulaciones no negociadas individualmente que, en contra de las exigencias de la buena fe, causen en perjuicio del asegurado, un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones de las partes que se deriven del contrato.

El Estado está obligado a tutelar los intereses amparados por la Constitución, a proteger a los débiles, y para el caso del contrato de seguro la defensa y protección jurídica debe recaer sobre el asegurado, quien suscribiendo el contrato con una empresa aseguradora se somete a las condiciones impuestas por ésta, con la sola posibilidad de aceptarlo o rechazarlo, sin poder discutir el contenido del negocio que se presenta como inmodificable, lo cual evidentemente constituye una desigualdad y desequilibrio en perjuicio del consumidor.

En los contratos de seguro que atienden a la cobertura de riesgos de la salud, la protección es de mayor importancia por cuanto está en juego el derecho a la vida o a la salud, teniendo en cuenta la protección que les asigna nuestra Constitución y legislación, no siendo posible que una cláusula de estos contratos pueda entenderse de forma tal que ponga en peligro los derechos a la vida y a la salud del contratante.

Dado que al sector privado se le permite la función prestadora de salud, y visto el interés que reviste este derecho constitucional, quedan sometidos todos los organismos e instituciones públicas y privadas que realicen esta

actividad, a las políticas y directrices en materia de salud que tenga a bien formular el Estado en beneficio de la colectividad y el interés general.

El derecho a la salud constituye un derecho fundamental, que va más allá de los intereses particulares, cuya carga y regulación compete fundamentalmente al Estado y, en consecuencia, para ser plena y efectiva la protección a la salud, debe el Estado abarcar en toda su extensión las relaciones que establecen las personas con la atención sanitaria, a fin de preservar su integridad como derecho eminentemente del usuario y las garantías fundamentales como la oportunidad, la calidad científica y médica, y la adecuada atención.

Es menester que el asegurado o adherente desde el mismo momento de suscribir el contrato de seguro tenga pleno conocimiento de las limitaciones correspondientes, las cuales se insiste, no deben ser abusivas, toda vez que si se defraudan las expectativas sobre las cuales el asegurado se decidió a contratar, el contrato de seguro carecería de sentido y perdería su finalidad, el cual no es otra que el de cubrir los daños sufridos a consecuencia de un hecho futuro e incierto.

NULIDAD DE LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS EN EL CONTRATO DE SEGURO. 682

Se considerarán nulas de pleno derecho las cláusulas o estipulaciones establecidas en el contrato de adhesión que impongan condiciones injustas de contratación o exageradamente gravosas para el consumidor, le causen indefensión o sean contrarias al orden público y la buena fe.

CLÁUSULAS ABUSIVAS Y LA NULIDAD DEL CONTRATO POR PREEXISTENCIA DE ENFERMEDADES. 739

La sanción de cláusulas abusivas es la nulidad de carácter parcial, que deja eficaz el resto del contrato; no obstante, es conveniente acotar que en aquellos casos en que el contrato no pueda subsistir sin las cláusulas

abusivas, se admite con carácter excepcional su nulidad, así como también, cuando la nulidad conduzca a una inversión de la situación y haga gravemente onerosa la situación del predisponente.

Una forma genérica de determinar la preexistencia de la enfermedad, a los fines de excluir la responsabilidad de la empresa prestadora de servicios médicos, debe ser interpretada en el sentido de que esa preexistencia será considerada como tal, cuando el usuario al suscribir el contrato declare el padecimiento de la enfermedad o malformación o la empresa practique los exámenes médicos respectivos a los fines de determinar la existencia o no de padecimiento alguno.

Los contratos de seguros, incluyendo los de medicina prepagada, giran en torno a la figura del riesgo, y este es visto como el objeto del contrato de seguros, que al estructurarse como una fórmula empírica y científica, comprende una transferencia a otra persona —asegurador— de hechos de posible o probable ocurrencia, alea o una expectativa, y en función de ello el pago de una prima que justifica la existencia del mismo. En ese sentido, trasladar el riesgo a otro sujeto imprime sobre el asegurado una confianza, por cuanto, al verificarse el siniestro —imagen anticipada del riesgo— será el asegurador quien asumirá la prestación correspondiente. (Vid. Sentencia Cit. 0708).

ILICITUD DE LAS CLÁUSULAS ABUSIVAS. BUENA FE EN EL CONTRATO DE SEGURO.882

El recurso a la buena fe significa valoración equilibrada (es decir, conforme con la valoración que realiza el legislador) de los intereses de las partes. Así, la nulidad total del contrato es absolutamente excepcional. Se trata de un supuesto de rescisión para los casos en los que no pueda exigirse al predisponente continuar vinculado al contrato tal como ha quedado tras la amputación de las cláusulas nulas y la integración de conformidad con el Derecho dispositivo.

La nulidad de la cláusula contractual como elemento que produzca o traiga aparejada la nulidad del contrato de adhesión en su totalidad, debe ser considerada como una situación excepcional, como elemento para proteger los demás derechos del consumidor reconocidos en la convención a la cual se ha adherido, de manera que la sola nulidad de una cláusula debe considerarse limitada en sus efectos, de forma que tal circunstancia no afecte al contrato en general.

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD PREVIA APROBACIÓN.....476

Requisitos de la publicidad en la actividad aseguradora: i) Toda propaganda de seguros debe ser sometida a la aprobación de la Superintendencia de Seguros, y tal habilitación se producirá bien de forma expresa bien de manera tácita -por silencio positivo- si aquélla no decide dentro del plazo legal; ii) Se considera propaganda, a los efectos de la citada legislación, todo anuncio que pretenda hacerse público y que se refiera a alguna póliza, combinación de seguros, empresa de seguros, reaseguros o corretaje, situación de la compañía o sus productos; iii) Los ofrecimientos hechos en los anuncios publicitarios deben ser comprobables por la Superintendencia de Seguros; iv) Los anuncios que no requieren de la referida aprobación, son sólo aquellos alusivos a asuntos internos de las empresas sometidas al control de la Superintendencia, o que se restrinjan a manifestar una congratulación o condolencia. Una vez presentado el texto publicitario y aprobado por la Superintendencia, puede ser utilizado por la empresa de seguros siempre y cuando no se modifique su contenido, de lo contrario estaríamos en presencia de un nuevo aviso, que necesariamente requería la aprobación por parte de la Administración.

La inclusión de la frase “Financiamiento de tu póliza a través de Inversora Previcrédito” en el anuncio publicitario aprobado -sin tal mención- por la Superintendencia de Seguros, no constituye, por una parte, manifestación alguna de sentimientos de felicitaciones o conmiseración, como tampoco

se refiere a aspectos esencialmente internos de la compañía de seguros; por otra, resulta claro de la expresión en referencia que la misma se extiende a especificar una condición, ventaja o característica de la póliza de seguro para vehículos ofrecida por C.N.A. de Seguros La Previsora, no aprobada por el organismo competente por no haberle sido sometida a su autorización previa.

MEDIDAS ADMINISTRATIVAS

RÉGIMEN DE INTERVENCIÓN Y LOS PROCESOS JUDICIALES.595

La Ley de la Actividad Aseguradora de 2010, establecía que durante el régimen de intervención, y hasta tanto éste culmine, queda suspendida toda medida judicial preventiva o de ejecución en contra de la empresa intervenida y no podrá continuarse ninguna acción de cobro, salvo que ella provenga de hechos derivados de la intervención.

Cuando los procesos judiciales no van dirigidos en contra de las sociedades mercantiles intervenidas, no existe mandato expreso en la legislación que ordene suspender el proceso judicial de cobro.

PÓLIZA DE CASCO Y SEGURO TERRESTRE

PAGO DE SINIESTRO ANTE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y EXCESO DE VELOCIDAD.793

El artículo 129 de la Ley de Tránsito Terrestre vigente para ese momento establecía lo siguiente: se presume salvo prueba en contrario que el conductor es responsable de un accidente de tránsito cuando al ocurrir este, el conductor se encuentra bajo los efectos de bebidas alcohólicas, de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, o conduzca a exceso de velocidad.

El hecho de desplazarse el actor a 30 kilómetros por hora, cuando lo

permitido era 15 kilómetros por hora, para el momento en que cruzó la intersección de vías en el semáforo El Roble, encaja en las denominadas presunciones legales contempladas en el artículo 1359 del Código Civil, las cuales dispensan de toda prueba a quienes la tengan a su favor, vale decir, en el caso concreto, la empresa Seguros La Previsora C.A.

De las pruebas aportadas por las partes, no fue demostrado por la representación judicial de la empresa aseguradora, que el asegurado se encontraba embriagado para el momento del accidente de tránsito que aquí se dirige, por lo que siendo ello, no procede esta eximente de responsabilidad a favor de la empresa aseguradora.

El juez por una parte señala que la aseguradora “se excepciona en primer lugar, señalando que para el momento del accidente el [asegurado] conducía a exceso de velocidad” y determina que el exceso de velocidad de 30 Km por hora para cruzar una intersección de vías, solo constituía una infracción a las normas de circulación establecidas en el Reglamento de la Ley de Tránsito Terrestre, lo cual se ajustaba a lo contemplado en la cláusula Nro. 10 respecto a la cobertura amplia condiciones particulares establecidas en el contrato o póliza de seguro de casco de vehículo terrestre, que establece una indemnización de pago del setenta y cinco por ciento (75%) en caso de que ocurra un siniestro.

RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE LOS ACCIDENTES DE TRÁNSITO EN EL CONTRATO DE SEGUROS. ELUSIÓN, RECHAZO GENÉRICO Y RETARDO.....908

La empresa recurrente negó justificadamente el pago del siniestro, toda vez que de la documentación cursante en autos se desprende que el conductor de uno de los vehículos que colisionó y solicitó la indemnización no era el legitimado para requerir el pago del siniestro y, además, infringió la normativa de tránsito vigente, decir, iba a exceso de velocidad, circunstancia que a juicio de la empresa de seguros se constituyó en una eximente de responsabilidad, aunado al hecho de que el vehículo no contaba con el seguro de responsabilidad civil vigente.

En materia de actividad aseguradora, las conductas típicas en que pueden incurrir las empresas que prestan dicho servicio son, por antonomasia, la elusión y el rechazo genérico (cuando evadan la obligación que tienen con los contratantes, asegurados o beneficiarios de las pólizas en relación al pago de la indemnización o la notificación motivada y por escrito de la improcedencia del siniestro reclamado), y el retardo (cuando tal obligación la efectúen fuera del lapso legalmente establecido). (Vid. Sentencia de esta Sala No. 0095 del 6 de febrero de 2013).

TITULARIDAD DE UN VEHÍCULO. 1064

No se demostró en juicio que el Certificado del Registro de Vehículo emanado del Servicio de Transporte de Tránsito Terrestre, donde se demuestra la propiedad del mismo, haya sido solicitado dos (2) meses después de la verificación del siniestro, por lo que mal podría entenderse que actuó de forma poco diligente.

PÉRDIDA TOTAL. CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE CONSIGNAR DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA EL PAGO DEL SINIETRO Y LA PRÓRROGA. 1224

La empresa de seguro informó al asegurado que el importe de la reparación del vehículo superaba el setenta y cinco por ciento (75%) del valor asegurado y por tal razón debía tramitarse el siniestro como una “Pérdida Total” conforme a las cláusulas pactadas en el contrato de seguro. Sobre esa base, le indicó que debía consignar “en los lapsos establecidos en la póliza”, entre otros documentos, “Contrato de Venta con Reserva de Dominio y/o Carta de saldo deudor actualizada a la fecha (en caso que el vehículo no esté cancelado en su totalidad) [y] Original del Título de Propiedad y Carnet de Circulación (INTTT)”.

La empresa notificó que declinaba su responsabilidad frente al siniestro sufrido en virtud del incumplimiento de la cláusula relativa a la obligación

de proporcionar los recaudos que fueron exigidos, en virtud de ello, señaló que se encontraba relevada de su deber de indemnizar por la pérdida del vehículo asegurado.

DEDUCCIONES POR PENALIZACIÓN EN EL CONTRATO DE SEGUROS VEHICULAR.....1189

De un examen de las actas que integran el expediente administrativo, se advierte que las actuaciones correspondientes al levantamiento del mencionado accidente de tránsito al que se refiere el siniestro respecto al cual la recurrente sólo acordó indemnizar el setenta y cinco por ciento (75%), no se observa que la autoridad competente hubiere dejado constancia de la comisión de alguna infracción a la Ley de Tránsito por parte del asegurado. Siendo pertinente destacar que no resulta válido presumir (como lo pretende el asegurado) que en efecto se cometió alguna infracción, no obstante que tal conclusión no hubiere sido establecida por la autoridad competente.

INSPECCIÓN Y REPARACIÓN DEL BIEN SINIESTRADO SIN LA AUTORIZACIÓN DE LA EMPRESA DE SEGURO..... 1295

La compañía deberá realizar una inspección de los daños ocurridos al vehículo y el asegurado deberá presentar: i) copia del carnet de circulación; ii) copia de la licencia de conducir vigente, de la cédula de identidad y certificado médico del conductor; iii) copia del cuadro recibo póliza y; iv) actuaciones del tránsito certificadas en caso de levantamiento de accidente o declaración jurada.

El asegurado reparó el automóvil asegurado sin contar con el consentimiento de la empresa aseguradora, por lo que no se realizó la inspección a los fines evaluar el daño y, por lo tanto, modificó el estado del mismo, lo cual claramente liberó de toda responsabilidad a la sociedad mercantil La Oriental de Seguros, C.A., tal como lo establece el artículo 69 de la Ley de Contrato de Seguro.

PÉRDIDA TOTAL O INDEMNIZACIÓN DEL SINIESTRO. 1310

La empresa demandante no demostró en sede administrativa que el bien siniestrado tuviera una pérdida que excediera del setenta y cinco por ciento (75%) y que dicho daño hubiese sido resarcido, sino que, por el contrario, pretendió eludir su responsabilidad al tratar de solventar a su conveniencia el siniestro, no ajustando su conducta al contrato. De esta manera correspondía a la empresa aseguradora indemnizar los daños ocurridos en el bien asegurado y no determinar su pérdida total.

SISTEMAS DE SEGURIDAD EN EL VEHÍCULO ASEGURADO Y EL PAGO DEL SINIESTRO. 1326

El juzgador de alzada estableció que la demandada acreditó en los autos que la accionante incumplió con la obligación acordada en el anexo 1 de la póliza de seguro, como era que el asegurado debía instalar en el vehículo los dispositivos de seguridad, por lo que, ante tal incumplimiento de la demandante, el juzgador estimó procedente condenar a la accionada a pagar a la accionante sólo el setenta y cinco por ciento (75%) de la cantidad asegurada.

SEGUROS FUNERARIOS

SERVICIOS FUNERARIOS. DEL EJERCICIO DE LA ACTIVIDAD DE SEGURO SIN AUTORIZACIÓN..... 227

Del análisis del convenio suscrito entre las partes se evidencian indicios de la presencia de un contrato de seguros, los cuales son: i) la empresa Cobertura de Previsión Nacional, C.A., quien es la persona obligada; ii) la prima que debe pagar el afiliado, determinada en una de las cláusulas del contrato, así como su forma de pago, lo cual implica la suma que cobra la empresa a los asociados o afiliados en compensación del riesgo que afronta; y iii) la existencia de una póliza la cual no es otra que el propio

convenio, en el que la empresa se compromete a amparar a todos los asociados y sus familiares ante la ocurrencia del hecho o siniestro.

El contrato de seguro reúne un conjunto de características, algunas de las cuales lo distinguen del resto de los contratos, las cuales son: solemne (por disposición del artículo 549 del Código de Comercio aplicable *ratione temporis*), bilateral, oneroso, aleatorio, de buena fe, de ejecución sucesiva, mercantil, principal, indemnizatorio y de adhesión.

La actividad aseguradora se fundamenta en la mutualidad, entendida ésta como el “conjunto de principios técnicos que tienen por objeto la repartición de pagos entre numerosos coobligados”, mediante la cual la empresa aseguradora, del grupo de personas que conforman la comunidad de riesgos, capta un fondo que le permite compensar la magnitud de los posibles siniestros que podrían afectar los intereses de los integrantes de dicha comunidad.

La constitución de las empresas de seguros requiere la autorización del Ejecutivo Nacional, previo informe de la Superintendencia de Seguros.

SERVICIOS FUNERARIOS (ACTIVIDAD ASEGURADORA)..... 1272

Existen tres (3) elementos que conforman la naturaleza del contrato de seguro, los cuales son: i) la realización de una prestación contentiva de un pago denominado prima por una de las partes contratantes (el asegurado); ii) la existencia de una obligación condicionada para el contratante (el asegurador), conocida como indemnización; y iii) que el referido daño o eventualidad sea producto de un acontecimiento futuro e incierto, sucedido por causa fortuita o fuerza mayor, denominado siniestro.

Comparando la actividad prevista en el contrato bajo examen con la definición de contrato de seguro establecida en la legislación aplicable, observamos que la obligación de indemnizar viene dada por el compromiso de la empresa recurrente de prestar sus servicios funerarios o el pago de

una cantidad de dinero como reembolso; el siniestro lo constituiría la muerte durante el tiempo allí estipulado de alguno de los afiliados o de sus familiares asociados al convenio; y la prima está representada por el pago efectuado por sus afiliados.

SEGURO MARÍTIMO

NAVEGABILIDAD Y EL HUNDIMIENTO DE UN BUQUE 73

La navegabilidad es el carácter esencial de toda nave, determina el comienzo y el fin de su individualidad. La nave existe como tal desde el día en que es navegable sin que sea necesario que haya sido echada a la mar. La nave pierde su individualidad cuando se hace innavegable. La doctrina ha terminado que cuando la construcción del casco está en condiciones de flotar y, dejando el astillero, va ser expuesta a los primeros riesgos del mar con el bautizo, la nave nace a la vida marítima y para que le puedan ser aplicadas las reglas del Código de Comercio es necesario que tengan un medio fijo de propulsión.

Si un buque se hundiera, el capitán de puerto en que se produjo el siniestro, hará de inmediato un aviso circunstanciado notificando a los interesados. Entonces, si los interesados no comparecieren a declarar su voluntad de hacer el salvamento o, compareciendo, dejasen transcurrir cuatro meses sin emprender las obras, o si después de haberlas iniciado las abandonasen durante cuatro meses a partir de su constitución en mora, las cosas sumergidas se consideran abandonadas y pasan al poder del Estado.

Hay causas físicas que afecten la estructura físico-jurídica del buque: su existencia misma como cosa compuesta y como universalidad de hecho, esto conlleva a declarar perdida la existencia del buque, es decir, su muerte jurídica.

El auxilio en el agua que se proporciona a un buque trata de evitar su pérdida. En cambio, cuando la estructura del buque se ha deteriorado

hasta perder su funcionalidad, se pierde también su individualidad física y jurídica (navis - fractio), el auxilio que pueda brindársele sólo será una recuperación de sus restos, para evitar su dispersión.

PROTESTA DE MAR. 1095

La Ley de Comercio Marítimo define a la protesta de mar como el acto mediante el cual el Capitán o las personas que tienen conocimiento de un hecho, que puede generar su responsabilidad, la de sus principales o dependientes, deben informar por cualquier medio las circunstancias de dichos eventos ante la Autoridad Acuática o consular competente en el primer puerto de arribo del buque. Las protestas de mar deberán formularse, dentro de las 24 horas siguientes de la arribada del buque al puerto, mediante intercambio electrónico de datos o por otro medio que permita hacerlo.

El artículo 87 de la Ley General de Marinas y Actividades Conexas establece que en caso de pérdida, naufragio, incendio, abordaje, varadura o averías de buques, el Capitán está obligado, con el Jefe de Máquinas, el Primer Oficial y otro miembro de la tripulación a presentar por escrito un informe sobre el suceso, dentro de las veinticuatro (24) horas de su llegada a un puerto cualquiera, al Capitán de Puerto de la circunscripción, si arribare a puerto venezolano, o al Cónsul de Venezuela o, en su defecto, a la autoridad consular competente del lugar, si arribare a puerto extranjero. En uno u otro caso, este informe será presentado por ante el Tribunal Marítimo de la jurisdicción del primer puerto venezolano donde llegare el Capitán del Buque y los oficiales o tripulantes.

El Ad quem aplicó correctamente la norma jurídica adecuada, y además la interpretó de forma acertada cuando evidenció que el protesto de mar sólo había sido formado por el Capitán, lo que lo hacía inválido, al faltar la firma del jefe de máquinas, o del primer oficial o de cualquier otro miembro de la tripulación.

PROTESTO DE MAR (NATURALEZA PROBATORIA). 1100

El protesto de mar constituye un documento en sentido amplio, por cuanto es capaz de representar en forma impresa hechos, que al ser reconocido ante funcionarios públicos adquiere certeza legal respecto de su autor y, por ende, adquiere autenticidad, sin que pueda ser asimilado a la categoría de prueba documental, prevista en los artículos 1.359 y siguientes del Código Civil, por no tener contenido negocial, sino meras declaraciones de conocimiento, que si bien podrían ser asemejadas a un testimonio o una experticia, no son rendidas por un tercero ajeno al proceso y sin interés personal ni directo sobre los hechos declarados, ni tampoco son formadas por requerimiento del juez, sino en cumplimiento de un mandato legal, lo que permite concluir que se trata de un medio de prueba sui generis, particular y diferente de cualquier otro medio de prueba, que contiene norma expresa de establecimiento y valoración de la prueba, de naturaleza especial y aplicación preferente respecto de cualquier otra, que en el caso concreto es el artículo 649 del Código de Comercio, de conformidad con el cual produce fe, salvo prueba en contrario.

El juez al momento de apreciar el protesto de mar como prueba, la valoró conforme al principio de alteridad de la prueba y a la garantía constitucional del derecho a la defensa, señalando que al haber sido firmada únicamente por el capitán, quien es también la parte actora, éste no podía fabricarse su propia prueba a su favor. Que además, este modo impide claramente el control de la contraparte sobre la prueba y que al tener interés propio y directo en los hechos presenciados, su declaración pueda ser considerada subjetiva e interesada, lo que no coadyuva ni garantiza el hallazgo de la verdad.

**CONTRATOS DE SEGUROS MARÍTIMOS (CARGA DE LA PRUEBA)
..... 1056**

El artículo 37 de la Ley del Contrato de Seguro señala que el tomador, el asegurado o el beneficiario deben probar la ocurrencia del siniestro, el

cual se presume cubierto por la póliza, pero la empresa de seguros puede probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley la exoneran de responsabilidad.

En la oportunidad de la contestación de la demanda, la parte demandada de manera específica negó la ocurrencia del siniestro, por lo que al haber sido contradicha la demanda sobre este particular, la demandante debía probar la ocurrencia del siniestro, lo que no pudo probar fehacientemente.

EXONERACIONES DE LAS EMPRESAS DE SEGURO EN SINIESTROS MARÍTIMOS.....1415

La Póliza Dorada de Embarcaciones de Recreo de la sociedad mercantil Mapfre La Seguridad, C.A., establecía en la cláusula 10 que el seguro no cubre pérdida o daño alguno causado por acto intencional o negligencia manifiesta del asegurado o su complicidad. De la prueba de informes solicitada a la Capitanía de Puertos Pampatar, concatenado con la inspección judicial evacuada, se observa que para la fecha del siniestro la embarcación no se encontraba en estado de navegabilidad, lo que evidencia una negligencia por parte del asegurado.

Dentro de las cláusulas de exoneraciones pactadas por las partes quedaban excluidos del amparo de esa póliza, las pérdidas, daños o gastos directa o indirectamente causados por mal funcionamiento de la bomba de achique; en ese sentido, del material probatorio promovido y evacuado por la parte demandada, se evidencia del Reporte Final de Ajustes que el incendio se originó a raíz de un desperfecto en la bomba de achique.

REEMBOLSO

REEMBOLSO EN LA CLÁUSULA DE LOS CONTRATOS DE SEGURO979

La figura del reembolso no se aplica, ya que la usuaria no asistió a la consulta que le fue indicada, aun cuando el contrato suscrito claramente establece en la Cláusula Primera que el servicio de plan de salud constituía -entre otras cosas- “[...] Tratamientos ambulatorios bajo el Procedimiento Electivo que no requieran hospitalización, practicados al USUARIO exclusivamente en CLÍNICAS RESCARVEN y por los médicos contratados por ADMINISTRADORA CLÍNICAS RESCARVEN, que el USUARIO seleccione entre el Listado que se le entrega al efecto”.

PODER O MANDATO

PODER O MANDATO PARA VENDER EL VEHÍCULO.....903

Un poder otorgado para vender, fijar su precio, forma de pago, condicionar su venta, recibir cantidades de dinero por este concepto, ceder el vehículo, arrendarlo, firmar los finiquitos necesarios ante la Notaría Pública, conducir dicho vehículo por todo el Territorio Nacional haciéndose este responsable por daños a terceros, darlo en garantía prendaria, representarlo ante los siguientes organismos: C.I.C.P.C, Fiscalía, MINFRA, I.N.T.T.T., y hacer todo lo necesario para la realización de la venta del vehículo, no faculta al apoderado para gestionar el cobro de un siniestro ocurrido con un vehículo propiedad de un tercero y, menos aún, formular denuncias en nombre del mandante pues, como quedó establecido, dicho poder fue otorgado a los solos fines de efectuar las gestiones de venta del vehículo, y cualquier otra actividad fuera del ámbito de facultades delegadas en el aludido documento requería autorización expresa.

RESPONSABILIDAD SOCIAL

CUMPLIMIENTO DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DERIVADA DEL CONTRATO DE SEGURO ¿CONTRIBUCIÓN PARAFISCAL?. 1078

Advirtiendo las características del compromiso de responsabilidad social y las causas por las cuales el legislador intencionalmente incluyó este requi-

sito en los procesos de contratación, mal podría alegar la parte apelante que dicho compromiso se trata de una contribución parafiscal, en virtud que no guarda desde el punto de vista de su concepción un aporte de carácter tributario.

SIMULACIÓN CONTRACTUAL

SIMULACIÓN CONTRACTUAL546

La simulación es la declaración de una voluntad no verdadera, que se hace para que nazca la apariencia de un negocio jurídico.

La simulación contractual se manifiesta como un fenómeno constante en el desarrollo comercial dentro de nuestra sociedad, creando situaciones jurídicas aparentes que difieren de la situación jurídica verdadera, producto de la ocurrencia de determinadas circunstancias adversas a los intereses patrimoniales de las partes contratantes.

Véase también: 357, 467.

PRÁCTICAS ANTICOMPETITIVAS EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

MERCADO RELEVANTE EN LAS PRÁCTICAS ANTICOMPETITIVAS DE LAS EMPRESAS DE SEGUROS.1179

El mercado relevante está referido al grupo de productos más reducido y al área geográfica más pequeña en la cual los oferentes, si actúan como una sola firma (un monopolista hipotético) pueden influir de manera rentable, en el precio, la calidad, la variedad, el servicio, la publicidad, la innovación u otras condiciones de competencia.

Existe efectivamente un mercado relevante determinado y determinable,

cuando las empresas de seguros y los centros de salud privados incidan directamente entre ellos, afectando, en última instancia, al consumidor final, el cual es en este caso, aquella persona natural que necesita el resguardo efectivo de su derecho constitucional a la salud.

La normativa aplicada procura el resguardo del derecho a la vida, al limitar las actuaciones anticompetitivas que pudieran restringir el acceso de la población a un centro de salud privada, al momento de una emergencia, o con el objeto de realizarse una intervención quirúrgica, e incluso, un chequeo rutinario. (Vid. Sentencia de esta Sala Nro. 965, de fecha 18 de junio de 2014).

PRÁCTICAS EXCLUSORIAS (LIBRE COMPETENCIA)..... 1189

Se prohíbe la realización de prácticas exclusorias, particularmente la supresión de agentes del mercado, supuesto de hecho que está constituido por la realización de conductas o actuaciones efectuadas por uno o varios agentes económicos, dirigidas a impedir total o parcialmente la permanencia o el acceso de agentes a todo o parte de un determinado mercado, con la finalidad de reducir o debilitar la competencia de otro participante en ese ámbito comercial.

Los tres (3) requisitos concurrentes para la efectiva aplicación de las sanciones frente a actividades exclusorias por parte de agentes económicos competidores entre si dentro de un mercado relevante específico, son las siguientes: i) capacidad de las empresas de afectar actual o potencialmente el mercado; ii) La realización de una práctica que dificulte la permanencia y el desarrollo de la actividad económica de un agente económico, o impida la entrada de nuevos competidores, en todo o parte del mercado; y iii) que la exclusión de empresas del desarrollo de la actividad económica obedezca a la aplicación de políticas comerciales que no sean justificables por razones de eficiencia económica.

COMPETENCIA DEL INDEPABIS

COMPETENCIAS DEL OTRORA INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS) 1249

La Superintendencia de la Actividad Aseguradora dio por concluido el procedimiento administrativo iniciado con ocasión de la denuncia formulada ante ese organismo contra la demandante y ordenó el archivo del expediente, por cuanto no existieron méritos para la apertura de una averiguación administrativa; en razón de lo cual, el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) podía determinar la existencia de una infracción a una normativa diferente que le otorga competencia para actuar y, con base en ella, imponer la sanción de multa impugnada; más aún cuando en la aludida Providencia la mencionada Superintendencia no emitió pronunciamiento alguno sobre el fondo de lo debatido.

INCOMPETENCIA DEL INSTITUTO PARA LA DEFENSA DE LAS PERSONAS EN EL ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS (INDEPABIS) PARA CONOCER Y DECIDIR LOS PROCEDIMIENTOS EN CONTRA DE LAS EMPRESAS ASEGURADORAS. 1365

Con el objeto de materializar los mecanismos necesarios para la protección de los derechos consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en el ámbito económico y, en concreto, los relacionados con el derecho de los ciudadanos y de las ciudadanas a disponer de bienes y servicios de calidad según el artículo 117 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, garantías estas que ahora se refuerzan con la aplicación de los mecanismos y disposiciones previstas en las normas aplicables al caso *ratione temporis*, otorgaban amplias potestades al Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).

Se prevee en la Carta Fundamental y se desarrolle en la Ley para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios de 2010, vigente para la fecha en que se dictó la Providencia Administrativa impugnada, aquellos procedimientos dirigidos a la defensa del público consumidor, el resarcimiento de los daños ocasionados y las sanciones correspondientes por la vulneración de estos derechos, siendo importante recalcar que estas atribuciones deben ser ejercidas en consonancia con los objetivos y principios consagrados en el ordenamiento jurídico, ello a fin de evitar medidas arbitrarias.

Se observa que le correspondía al Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS) conocer, tramitar, sustanciar y sancionar las transgresiones a dicha Ley por parte de las empresas aseguradoras, las cuales se encuentran obligadas a prestar el servicio en forma eficiente y responsable. Se desprende que el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), tenía atribuidas competencias atinentes al resguardo de los derechos e intereses de las personas relacionados a los servicios que les son prestados, entre ellos, los ofrecidos por las empresas aseguradoras, siempre y cuando no se discutan interpretaciones relativas a las cláusulas del Contrato de Póliza.

PROCESAL

HURTO, ASALTO O ATRACO (PROCESAL).....484

De conformidad con la Sala de Casación Civil, no pueden ser suplidas las deficiencias en las que pudiera incurrir el formalizante al plantear el recurso de casación y menos aún en casos de infracción de ley, particularmente en los supuestos de casación sobre los hechos, en cuyo caso existe norma expresa en la que se le prohíbe conocer el fondo, salvo que medie la formulación correcta de la respectiva denuncia de fondo.

FRAUDE PROCESAL Y EL CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO E INDEMNIZACIÓN POR DAÑOS Y PERJUICIOS.512

Se observa que la ad quem hizo referencia a: i) las defensas y excepciones planteadas por la parte demandada, la cual no negó el accidente ocurrido entre el actor y el otro vehículo el día 6 de octubre de 2002 a las 12 horas y 10 minutos de la madrugada; ii) el escrito de contestación a la demanda en la que el demandante para el momento en que ocurrió el accidente de tránsito no sólo estaba en estado de embriaguez sino que conducía a exceso de velocidad; iii) que el documento mediante el cual pretende que prospere la acción por daños y perjuicios lo que persigue es que cobrarle una suma de dinero que no está incluida en la póliza de seguro objeto de la presente acción por cumplimiento de contrato, lo que hace notorio el fraude procesal y la utilización de tales artificios en su perjuicio y en beneficio del demandante.

VICIO DE INMOTIVACIÓN Y FALSO SUPUESTO.600

Alegar paralelamente los vicios de inmotivación y falso supuesto se traduce en una contradicción o incompatibilidad cuando lo argüido respecto a la motivación del acto es la omisión de las razones que lo fundamentan, pero no en aquellos supuestos en los que lo denunciado es una motivación contradictoria o ininteligible, pues en estos casos sí se indican los motivos de la decisión (aunque con los anotados rasgos), resultando posible entonces que a la vez se incurra en un error en la valoración de los hechos o el derecho expresados en ella.

MEDIDAS CAUTELARES EN EL CONTRATO DE SEGUROS. (REQUISITOS)613

La medida preventiva de suspensión de efectos procede sólo cuando se verifiquen concurrentemente los supuestos que la justifican, esto es, que la medida sea necesaria a los fines de evitar perjuicios irreparables o de difícil reparación, o bien para evitar que el fallo quede ilusorio y que, adicionalmente, resulte presumible que la pretensión procesal principal resultará favorable, sin descartarse la adecuada ponderación del interés público involucrado.

PODERES DEL JUEZ CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.....1027

El juez goza de plenos poderes de decisión que le permiten apartarse de lo alegado y probado por las partes, pudiendo incluso declarar la nulidad de los actos sometidos a su consideración cuando ellos estuvieren afectados de inconstitucionalidad o ilegalidad, no estando sujeto, por consiguiente, al principio dispositivo regulado en el artículo 12 del Código de Procedimiento Civil.

DESNATURALIZACIÓN DE LA VOLUNTAD CONTRACTUAL Y EL INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATO DE SEGURO.1377

La desnaturalización de la voluntad contractual está constituida por la incompatibilidad de la conclusión del juez con el texto de la mención que se interpreta, por lo que, si la conclusión del juzgador no es compatible con el texto del documento contractual ocurre la desnaturalización del contrato.

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO

RESPONSABILIDAD DEL ESTADO Y LA INEMBARGABILIDAD DE LOS SEGUROS DE VIDA.....61

A los fines de establecer la responsabilidad, vale decir, que se ha producido un daño patrimonial a un particular que no está obligado a soportar y que ese daño o lesión se verificó como consecuencia de una actuación legítima de la Administración, debe utilizarse la teoría del riesgo y el principio de igualdad ante las cargas públicas y, como consecuencia de un funcionamiento anormal de la Administración, debe establecerse si hubo una violación a las obligaciones administrativas.

En el régimen de responsabilidad se admiten cuatro causales clásicas de

exclusión de la responsabilidad como lo son: i) la falta de la víctima; ii) la fuerza mayor; iii) el caso fortuito y; iv) el hecho de un tercero.

Las normas sobre inembargabilidad son de orden público, imperativas, esto es, no pueden desconocerse por convenios entre particulares, sino que rigen independientemente de la voluntad de los mismos. Para citar un ejemplo en materia de seguros, analizando la Ley de Contrato de Seguro vemos como el legislador estableció la inembargabilidad de las pólizas de seguro de vida. Asimismo, debe resaltarse que las excepciones a esta inembargabilidad tienen que ser expresas y no se pueden aplicar por analogía.

MÉTODOS ALTERNATIVOS DE RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

MÉTODOS ALTERNATIVOS DE RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS (LEY APLICABLE).....32

Las leyes deberán promover la utilización de mecanismos para la solución pacífica de conflictos, ello con la finalidad de hacer justicia de una manera más rápida y transparente, sin la necesidad de poner en marcha todo un procedimiento riguroso.

Mal podría afirmarse que la Administración está creando una situación en la cual se genera un retraso innecesario, al obligar a los Asegurados y Aseguradoras a esperar por una gestión ante el INDECU, relativa a la conciliación y promoción de mecanismos arbitrales, antes de que la Superintendencia comience a estudiar los asuntos sometidos desde un principio a su consideración por los Asegurados.

El procedimiento conciliatorio es producto de un mandamiento constitucional que debe ser acatado y que, además, ha sido plasmado a favor de los justiciables.

ARBITRAJE COMERCIAL

CIÁUSULA COMPROMISORIA DE ARBITRAJE EN EL CONTRATO DE SEGURO.....53

El arbitraje constituye una excepción a la competencia constitucional que tienen los tribunales ordinarios del país de resolver por imperio de la ley, en su fase de cognición, todas las querellas que les sean sometidas a su conocimiento, en uso del derecho constitucional de cada ciudadano a una tutela judicial efectiva de sus derechos e intereses previstos en los artículos 26 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

RESPONSABILIDAD PENAL

RESPONSABILIDAD PENAL EN EL CONTRATO DE SEGURO.48

Del análisis del acto impugnado se desprende que la remisión de las actuaciones a la Fiscalía General de la República no obedece a una valoración sobre la eventual responsabilidad penal de los representantes de la empresa de seguros, como consecuencia de los hechos que dieron lugar a la sanción administrativa impuesta, ya que dicho juicio escapa al ámbito de competencias atribuidas a la Superintendencia de Seguros y, por tanto, prohíbe un prejuzgamiento en la materia.

DOSIMETRÍA PENAL.133

La multa impuesta fue aplicada con estricto apego a lo establecido en el artículo 175 de la vigente Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, resaltándose en este caso, que la sanción aplicada estuvo por debajo del término medio, entre el mínimo de cien mil bolívares (Bs. 100.000,00) y el máximo equivalente a quinientos (500) salarios mínimos urbanos.

ÍNDICE POR SENTENCIAS

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01752 del 27 de julio de 2000,
caso: Seguros Capitolio, C.A. contra la Superintendencia de Seguros.
..... 15

Corte Primera de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2002-2158
del 07 de agosto de 2002, caso: Seguros Orinoco C.A. –contra- Instituto
para la Defensa Educación del Consumidor y el Usuario. (INDECU)..... 26

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00219 del 12 de febrero de 2003,
caso: Guy Carpenter & CO (anteriormente denominada Sedgwick Vene-
zuela Corredores de Reaseguros C.A.), contra la Corte Primera de lo Con-
tencioso Administrativo.. 48

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00552 del 08 de abril de 2003,
caso: Inversiones Preámbulo 121, C.A, contra Seguros Orinoco C.A. 53

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00745 del 21 de mayo de 2003,
caso: Inversiones Preámbulo 121, C.A, C.N.A. de Seguros La Previsora con-
tra. Ministro de Finanzas..... 57

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01292 del 21 de agosto de 2003,
caso: Rogelio Cartaya Acosta contra el Instituto Nacional de Canalizacio-
nes..... 61

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC0000735 del 01 de diciembre de
2003, caso: Guillermo Gustavo Rinaldi contra C.N.A. de Seguros La Previ-
sora..... 79

Sala Casación Civil, sentencia N° RC.00779 del 11 de diciembre de 2003,
caso: Electrónica Andina, S.A. contra Seguros Lara, C.A..... 85

Sala Casación Civil, sentencia N° RC.00088 del 25 de febrero de 2004, caso: Eusebio Chaparro vs Seguros La Seguridad, C.A. 92

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01087 del 18 de agosto 2004, caso: Inversión Unión Nacional C.A., contra Ministerio de Finanzas. 104

Sala Casación Civil, sentencia N° RNyC.00258 del 19 de mayo de 2005, caso: Paltex, C.A. contra Almacenadora la Guaira, C.A. y Otra. 114

Sala Político Administrativa, sentencia N° 06174 del 09 de noviembre de 2005, caso: Seguros La Previsora contra el Ministerio de Finanzas. 128

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00059 del 27 de enero de 2006, caso: Seguros Nuevo Mundo, S.A. contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE). 137

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00949 del 20 de abril de 2006, caso: Seguros La Previsora C.A., contra, el Ministerio de Finanzas. 150

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01441 del 06 de junio de 2006, caso: Seguros La Previsora contra el Ministerio de Finanzas. 160

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.00595 del 08 de agosto de 2006, caso: Distribuidora Gold P.C., C.A. contra Seguros Pan American, C.A. 166

Sala Político Administrativa, sentencia N° 02309 del 24 de octubre 2006, caso: La Oriental de Seguros C.A., contra el Ministerio de Hacienda. (hoy Ministerio de Finanzas). 175

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC. 00777 del 25 de octubre de 2006, caso: Eulalio Narváez Casis contra MAPFRE la Seguridad, C.A. de Seguros.

.....	183
Sala Político Administrativa, sentencia N° 02516 del 09 de noviembre de 2006, caso: La Oriental de Seguros C.A., contra La Oriental de Seguros, C.A. contra Ministerio de Finanzas.	194
Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.00258 del 16 de abril de 2007, caso: Antonio Ramón Ávila contra Venezolana de Seguros, C.A.....	203
Sala Político Administrativa, sentencia N° 00666 del 03 de mayo de 2007, caso: La Oriental de Seguros C.A., contra Cobertura de Previsión Nacional C.A., contra el Ministerio de Finanzas (hoy Ministerio del Poder Popular para las Finanzas).	227
Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.00354 del 11 de mayo de 2007, caso: Pedro José Delfín Toro contra Distribuidora Centro Occidental, S.A. (DIPOSA), (Cervecería Polar, C.A.) y otra.	233
Sala Político Administrativa, sentencia N° 01194 del 04 de julio de 2007, caso: La Oriental de Seguros C.A., contra Seguros La Previsora contra el hoy Ministerio del Poder Popular para las Finanzas.	244
Sala de Casación Civil, sentencia N° RN y C.00566 del 20 de julio de 2007, caso: Pedro José Delfín Toro contra Eulalio Narváez Cassis contra Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros.	257
Sala Político Administrativa, sentencia N° 01888 del 21 de noviembre de 2007, caso: Seguros La Seguridad, C.A. contra el Ministerio del Poder Popular para las Finanzas.....	266
Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.00050 del 01 de febrero de 2008, caso: Giovanni Nocerino Scotti contra Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A.	280

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00301 del 12 de marzo de 2008, caso: Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) contra Seguros Horizonte. 288

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00213 del 18 de febrero de 2009, caso: La Oriental de Seguros, C.A. contra el Ministerio del Poder Popular para las Finanzas. 296

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00699 del 21 de mayo de 2009, caso: Multinacional de Seguros C.A, contra el Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas. (Sala Accidental). 313

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.00422 del 29 de junio de 2009, caso: Sol Ángel Plazas Grass contra Compañía Nacional Anónima de Seguros La Previsora. 332

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00890 del 17 de junio de 2009, caso: Seguros Mercantil C.A., contra Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas. 342

Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2009-1228 del 13 de julio de 2009, caso: Sanitas de Venezuela C.A contra Instituto para la Defensa y Protección del Consumidor y del Usuario (INDECU), hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios. 357

Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2009-1229 del 13 de julio de 2009, caso: Sanitas Venezuela, S.A contra el Consejo Directivo del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU). 406

Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2009-1473 del 13 de agosto de 2009, caso: Multinacional de Seguros, C.A contra Su-

perintendencia de Seguros.437

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01386 del 30 de septiembre de 2009, caso: Seguros La Previsora contra el Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas.476

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.00651 del 17 de noviembre de 2009, caso: Compucase, C.A., contra “Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A.484

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00378 del 05 de mayo de 2010, caso: Seguros Carabobo C.A. contra Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas.499

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00423 del 19 de mayo de 2010, caso: Multinacional de Seguros C.A., contra el Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas.508

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000190 del 26 de mayo de 2010, caso: Clímaco Antonio Marcano contra Seguros La Previsora.512

Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2010-1016 del 21 de julio de 2010, caso: Sanitas de Venezuela C.A contra Consejo Directivo del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU), hoy Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios.546

Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2010-1777 del 24 de noviembre de 2010, caso: Seguros Banvalor, C.A –contra- Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso de Bienes y Servicios (INDEPABIS)..... 594

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00194 del 10 de febrero de 2011, caso: Sanitas Venezuela, S.A. contra el Instituto para la Defensa de las Per-

sonas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).....	613
Sala Político Administrativa, sentencia N° 00575 del 04 de mayo de 2011, caso: Gobernación del Estado Bolívar, contra Seguros Guayana C.A....	619
Sala Político Administrativa, sentencia N° 00581 del 05 de octubre de 2011, caso: Multinacional de Seguros C.A., contra el Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas.	626
Sala Político Administrativa, sentencia N° 00868 del 30 de junio de 2011, caso: Mercantil Seguros, C.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).	639
Sala Político Administrativa, sentencia N° 01001 del 21 de julio de 2011, caso: Sanitas de Venezuela, C.A., contra Instituto para la Defensa de las Personas para el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).	649
Sala Político Administrativa, sentencia N° 01094 del 10 de agosto de 2011, caso: Mercantil Seguros, C.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).	664
Sala Político Administrativa, sentencia N° 01165 del 21 de septiembre de 2011, caso: Mercantil Seguros, C.A., contra Sanitas de Venezuela, S.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).	672
Sala Político Administrativa, sentencia N° 00194 del 10 de febrero de 2011, caso: Sanitas de Venezuela, S.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).	695
Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2011-1360 del 04 de octubre de 2011, caso: Sociedad Mercantil “SANITAS DE VENEZUELA C.A.”, contra el Instituto para la Defensa de las personas en el acceso de bienes y servicios (INDEPABIS).....	703

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01195 del 05 de octubre de 2011, caso: Multinacional de Seguros contra el Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas..... 747

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000559 del 24 de noviembre de 2011, caso: Distribuidora KTDC, C.A. contra Seguros Mercantil, C.A... 756

Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2012-0561 del 09 de abril 2012, caso: Administradora de Planes de Salud Clínicas RESCARVEN C.A., contra Instituto Autónomo para las Defensa y Educación Del Consumidor y del Usuario (INDECU)..... 766

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00835 del 11 de julio 2012, caso: Sanitas Venezuela, S.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS)..... 775

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000536 del 01 de agosto de 2012, caso: Clímaco Antonio Marcano contra Seguros La Previsora. 793

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01089 del 26 de septiembre de 2012, caso: Estado Bolivariano de Miranda contra La Venezolana de Seguros y Vida, C.A. 809

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01214 del 24 de octubre de 2012, caso: Sanitas de Venezuela S.A., contra Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS). 822

Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2012-2357 del 20 de noviembre de 2012, caso: Seguros Nuevo Mundo S.A. contra El Instituto para la Defensa de las personas en el acceso a los bienes y servicios (INDEPABIS). 833

Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2013-0029 del 31 de enero de 2013, caso: Mapfre La Seguridad, C.A de Seguros con-

tra Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso de Bienes y Servicios (INDEPABIS).....850

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00095 del 06 de febrero de 2013, caso: Seguros Guayana C.A., contra Ministerio del Poder Popular para Economía y Finanzas.....893

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00161 del 19 de febrero de 2013, caso: Serproauto, C.A., contra el Ministerio del Poder Popular para el Comercio.903

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000178 del 18 de abril de 2013, caso: Nelson Rafael Montilla Molchanov contra Seguros Caracas de Liberty Mutua, C.A.....914

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00625 del 05 de junio de 2013, caso: Seguros Altamira, C.A., contra Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS).931

Sala Constitucional, sentencia N° 952 del 16 de julio de 2013, caso: Cámara de Aseguradores de Venezuela y Mapfre La Seguridad, C.A. de Seguros contra el artículo 44 de la Ordenanza de Impuesto sobre Vehículos del Municipio Barinas del Estado Barinas.942

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000412 del 18 de julio 2013, caso: Conservas del Mar, C.A. contra Multinacional de Seguros, C.A.....947

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000628 del 29 de octubre de 2013, caso: Panadería y Pastelería Happy Pan, C.A., contra Seguros Nuevo Mundo S,A.962

Corte Segunda de lo Contencioso Administrativo, sentencia N° 2013-2300 del 04 de noviembre de 2013, caso: Administradora de Planes de Salud Clínicas RESCARVEN C.A., contra Instituto Autónomo para la Defensa y

Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU).....	974
Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000360 del 10 de diciembre de 2013, caso: Inversiones Seychelles, C.A. y otra contra Zurich Seguros, S.A.	982
Sala Político Administrativa, sentencia N° 00104 del 29 de enero de 2014, caso: Sanitas Venezuela, S.A., contra la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE).....	998
Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000199 del 02 de abril de 2014, caso: Franklin René Gutiérrez Andradez contra C.A. de Seguros La Occidental.	1012
Sala Político Administrativa, sentencia N° 00800 del 04 de junio de 2014, caso: Sanitas Venezuela, S.A., contra la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socio Económicos (SUNDDE).....	1027
Sala Constitucional, sentencia N° 694 del 12 de junio de 2014, caso: C.N.A de Seguros La Previsora contra Jairo Vicente Álvarez Morillo.....	1040
Sala Político Administrativa, sentencia N° 01022 del 02 de julio de 2014, caso: Multinacional de Seguros C.A., contra el Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública.	1044
Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.00354 del 11 de agosto de 2014, caso: Richard Cammarano Jaimes contra C.A., De Seguros American International.	1055
Sala Político Administrativa, sentencia N° 01218 del 12 de agosto de 2014, caso: La Oriental de Seguros, C.A., contra la Alcaldía del Municipio Baruta del Estado Bolivariano de Miranda.	1078
Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000360 del 09 de septiembre de	

2014, caso: Luisa Mercedes Díaz contra Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A. 1084

Sala de Casación Civil, sentencia N° RD.000742 del 02 de diciembre de 2014, caso: Jorge Tawil Bernoti contra Estar Seguros, S.A. 1095

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00008 del 21 de enero de 2015, caso: Seguros Nuevo Mundo, S.A., contra el Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública. 1112

Sala Constitucional, sentencia N° 170 del 10 de marzo de 2015, caso: Luisa Mercedes Diaz contra Seguros Caracas C.A. 1123

Sala de Casación Civil, sentencia N° RN.000158 del 08 de abril de 2015, caso: Emidio Leobruni Castelli contra Seguros Caracas De Liberty Mutual, C.A. 1130

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00774 del 01 de julio de 2015, caso: Sociedad Mercantil Seguros Nuevo Mundo contra la Superintendencia de la Actividad Aseguradora..... 1138

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01090 del 08 de octubre de 2015, caso: Seguros Carabobo, contra el Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y del Usuario (INDECU). 1144

Sala Constitucional, sentencia N° 1371 del 13 de noviembre de 2015, caso: Seguros Nuevo Mundo S.A. contra José Gregorio Sánchez Pérez. 1153

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00561 del 15 de marzo de 2016, caso: Moisés Aaron Suárez Ochoa contra Dirección General de Procedimientos Especiales de la Contraloría General de la República. 1159

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00348 del 05 de abril de 2016, caso: Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A contra la Superintendencia

Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE)
..... 1174

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00561 del 13 de junio de 2016,
caso: Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., contra la Superintendencia
para la promoción y protección de la Libre Competencia (PROCOMPE-
TENCIA), hoy Superintendencia Antimonopolio. 1179

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01243 del 17 de noviembre de
2016, caso: Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A. contra la Superinten-
dencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUN-
DDE)..... 1196

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000818 del 21 de noviembre de
2016, caso Wilton Benavides Cuartas contra Seguros Caracas De Liberty
Mutual, C.A..... 1203

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01347 del 1 de diciembre de
2016, caso: Rosa Delia Arocha contra Ministerio del Poder Popular para
Relaciones Interiores, Justicia y Paz. 1217

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01365 del 06 de diciembre de
2016, caso: Seguros Nuevo Mundo, contra La Superintendencia Nacional
para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDEE)..... 1224

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01539 del 15 de diciembre de
2016, caso: Seguros La Previsora contra el Ministerio del Poder Popular
para la Industria y Comercio..... 1236

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00033 del 02 de febrero de 2017,
caso: Proseguros, S.A., contra el Instituto para la Defensa de las Personas
en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia
Nacional Para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE)
..... 1244

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000259 del 08 de mayo de 2017, caso: Inversiones Footwear 1010, C.A. y otra contra C.N.A. Seguros La Previsora.	1252
Sala Político Administrativa, sentencia N° 00634 del 30 de mayo de 2017, caso: Previsivos Paolini C.A. (PREPACA), contra la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.	1272
Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000543 del 07 de agosto de 2017, caso: Geovanny Lombardi Silecchia contra Seguros La Occidental, C.A.	1285
Sala Político Administrativa, sentencia N° 01222 del 08 de noviembre de 2017, caso: La Oriental de Seguros, C.A. contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), hoy Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE).	1294
Sala Político Administrativa, sentencia N° 01327 del 30 de noviembre de 2017, caso: Seguros Qualitas, C.A contra el Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública, actualmente Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas.	1299
Sala Político Administrativa, sentencia N° 00013 del 17 de enero de 2018, caso: Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A. contra el Instituto para la Defensa de las Personas en el Acceso a los Bienes y Servicios (INDEPABIS), actualmente Superintendencia para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE).	1310
Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000067 del 22 de febrero de 2018, caso: Douglas Alberto Glod Sánchez contra Mercantil Seguros, C.A.	1317

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00295 del 15 de marzo de 2018, caso: Seguros Qualitas, C.A., contra La Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE). 1335

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00802 del 17 de julio de 2018, caso: Mercantil Seguros C.A., contra contra Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE) 1343

Sala Político Administrativa, sentencia N° 01010 del 03 de octubre de 2018, caso: Mercantil Seguros C.A., contra el Ministerio del Poder Popular para el Comercio (hoy Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas) 1352

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00411 del 11 de noviembre de 2018, caso: Seguros Carabobo, C.A., contra Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE). 1358

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00074 del 21 de febrero de 2019, caso: Proseguros S.A, contra la Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos. 1365

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000247 del 28 de junio de 2019, caso: Mar Obras, S.A. contra Seguros Pirámide, C.A. 1377

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00542 del 07 de agosto de 2019, caso: Seguros Mercantil C.A., contra Superintendencia Nacional para la Defensa de los Derechos Socioeconómicos (SUNDDE). 1387

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000540 del 12 de diciembre de 2019, caso: Carlos Alexis Castillo Ascanio contra Seguros La Vitalicia, C.A. 1393

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC000007 del 02 de marzo de 2021,

caso: Kem Gerard Mosley contra Mapfre la Seguridad, C.A de Seguros
..... 1409

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000338 del 19 de agosto de 2021,
caso: Blanca Mery Carrillo de Nino contra Aseguradora Nacional Unida
Uniseguros, S.A. 1419

Sala de Casación Civil, sentencia N° RC.000586 del 03 de noviembre de
2021, caso: Fernando Ricardo Moreno Cadenas contra Seguros Caracas
de Liberty Mutual, C.A..... 1449

Sala Político Administrativa, sentencia N° 00316 del 28 de julio de 2022,
caso: Aseguradora Nacional Unida Uniseguros, S.A., contra el Ministerio
del Poder Popular para el Comercio..... 1458

Sala de Casación Civil, sentencia N° 000046 del 01 de marzo de 2023,
caso: Dilmaris Teresa Tineo Rojas contra Mapfre La Seguridad, c.a. de
Seguros..... 1462

Sala de Casación Civil, sentencia N° 000692 del 03 de noviembre de
2023, caso: Manuel Alfredo Ruíz Chávez contra Seguros Universitas, S.A.
..... 1472

Sala de Casación Civil, sentencia N° 000255 del 03 de mayo de 2024, caso:
Pedro Felipe Martín Padrón contra Sociedad Mercantil Hispana de Segu-
ros, S.A. 1500

Sala de Casación Civil, sentencia N° 000263 del 03 de mayo de 2024, caso:
Sociedad Mercantil Multiservicios Grand Prix, C.A. contra Sociedad Mer-
cantil Seguros Guayana, C.A. 1510

ÍNDICE POR AÑO

2000.....	15
2002.....	26
2003.....	48
2004.....	92
2005.....	114
2006.....	137
2007.....	203
2008.....	280
2009.....	296
2010.....	499
2011.....	613
2012.....	766
2013.....	850
2014.....	998
2015.....	1112
2016.....	1159
2017.....	1244
2018.....	1310
2019.....	1365
2021.....	1409
2022.....	1458
2023.....	1462
2024.....	1500

